

No todos los cánceres del cuello tienen igual tendencia á infiltrar el parametrio. Los cánceres eflorescentes de la porción vaginal del cuello y los laminares suelen tardar mucho, y por lo general no invaden el parametrio hasta que han invadido los fondos de saco vaginales, desde donde fácilmente pueden propagarse al tejido celular. En cambio, el cáncer corrosivo y el nodular de la misma porción vaginal infiltran el tejido celular mucho más pronto que los anteriores, porque en su propagación al parénquima del cuello, envían fácilmente infiltraciones al tejido celular.

Por lo común, el cáncer del conducto cervical invade el parametrio mucho más pronto que el de la porción vaginal; de ahí que, por regla general, sea mucho más grave el cáncer cervical que el vaginal. El excrecente y el laminar ó difuso son los que más tardan; pero el corrosivo é infiltrado, que tienen su origen en el conducto cervical, invaden muy pronto el parametrio.

La *vagina* es fácilmente invadida por el cáncer del cuello; el de la porción vaginal, como se comprende, es el que con mayor frecuencia la invade por infiltra-

ción directa, comunicándose primero á los fondos de saco y luego á las paredes vaginales. Lentamente va infiltrando la vagina y ganando terreno la induración, que se toca perfectamente. Algunas veces se propaga en forma de nódulos que parecen algo diseminados en las vecindades de la neoplasia y como separadas del foco principal por tejido sano á manera de nódulos independientes; son verdaderas formas difusas. Alguna vez se ha observado en la pared vaginal opuesta al labio invadido una localización como si fuese debida á un injerto producido por el roce. Existe una forma laminar que muestra particular tendencia á extenderse hacia la vagina; esta infiltración vaginal puede ser bien limitada, pero no siempre como pretende Jonnesco, pues algunas veces no tiene límites marcados, y toda la parte alta de la vagina se presenta como córnea, indurada y difusamente invadida.

El cáncer cervical invade también la vagina, pero mucho más raramente que el de la porción vaginal y en períodos más adelantados. Algunas veces invade la vagina desde la profundidad á la superficie por algún nódulo que se



FIG. 183

Carcinoma típico del cuello uterino.

N, nódulos neoplásicos, en parte destacando del tejido conjuntivo que rodean. En el centro de algunos existe un espacio con células necrosadas.

(Aumento 50 diámetros.)

desarrolla en el parametrio y viene á formar prominencia y ulceración en los fondos de saco.

El *cuerpo del útero* es fácilmente invadido por el cáncer del cuello. La división establecida por Ruge y Veit de que el cáncer cervical se propaga hacia el cuerpo del útero y el de la porción vaginal hacia la vagina, ha sido confirmada por todos los trabajos posteriores. La propagación al cuerpo del útero se verifica por continuidad de tejido; la neoplasia cervical llega al istmo, lo invade y penetra en la cavidad del útero como el de la porción vaginal se extiende hacia la vagina. Este proceso es muy frecuente, y por esto se comprende la rareza con que este último invadirá la cavidad uterina.



FIG. 184

Epitelioma ó cáncer laminar ó vaginal del cuello.

Se citan casos de aparición de nódulos en la cavidad del útero sin continuidad con la neoplasia del cuello, y no se sabe si son metastásicos ó bien nódulos independientes, siendo primitivo el cáncer del cuerpo y consecutivo el del cuello. Indudablemente, algunos son consecutivos y otros probablemente son coincidencia. La propagación del cáncer del cuello al cuerpo se verifica por continuidad de la mucosa ó propagación directa de la neoplasia; la metástasis es muy rara caso de existir. Von Franque, en sus estudios para rehabilitar la amputación del cuello, tampoco acepta la metástasis del cuello al cuerpo, sino la propagación, y así el de la porción vaginal no puede llegar al cuerpo y puede ser tratado por la amputación (1).

Abel y Landau describieron como de carácter neoplásico una alteración de

la mucosa uterina en los casos de cáncer del cuello; pero después se ha demostrado que esas alteraciones de la mucosa eran de carácter flogístico, de naturaleza endometrítica y en un todo parecidas á las alteraciones de la mucosa en los casos de mioma.

La *vejiga* es invadida fácilmente por las neoplasias epiteliales del cuello. Primero se infiltra el tejido celular vésico-uterino, y luego las paredes del órgano sufren también la infiltración neoplásica que alcanza más ó menos extensión é interesa la mucosa.

No todas las formas de cáncer del cuello son igualmente abonadas para su propagación á la vejiga. De los cánceres de la porción vaginal, el eflorescente raras veces invade la vejiga; el corrosivo y el infiltrado, si tienen su asiento en el labio anterior, la invaden, aunque á veces es en un período bastante adelantado.

(1) WINTER: *Loc. cit.*, pág. 45. OTTO V. FRANQUE: *Revue de Gynecologie*, 1901, pág. 284.

En cambio, el cáncer cervical, sobre todo cuando asienta en su pared anterior, llega pronto á ponerse en contacto con la vejiga, interesándola; por eso son tan frecuentes los fenómenos vesicales en el cáncer del cuello. Langenmeisteir ha estudiado bien las lesiones vesicales que caracterizan su invasión cancerosa, demostrando como primero se levanta la mucosa, se pone luego edematosa, aparecen pronto nudosidades y excrecencias papilares hasta que se ulcera y perfora.

Los *uréteres* son los órganos que más pronto y con mayor frecuencia sufren las consecuencias del cáncer del cuello del útero. Las lesiones son más bien indirectas, y la observación hecha por muchos autores de que raras veces el uréter es directamente destruído por la neoplasia y da lugar á una fístula ureteral, viene confirmada por Jonnesco (1) al afirmar que aun entre grandes masas neoplásicas que envuelven el uréter, éste conserva á menudo su integridad y puede aislarse del canal de tejido celular que le envuelve. Otras veces la pared ureteral es realmente infiltrada por células neoplásicas, lo que conviene tener en cuenta porque en estos casos no basta aislar el uréter, como en la contingencia anterior, sino que es preciso resecarlo si queremos alguna probabilidad de curación definitiva.



FIG. 185

Epitelioma corrosivo del conducto cervical.

Los efectos del cáncer del cuello sobre el uréter son, pues, consecutivos á la invasión del tejido celular por la neoplasia cuyas masas rodean el conducto ureteral y lo comprimen, como comprimen los troncos nerviosos y los vasos sanguíneos. Estos efectos de compresión se traducen por una dilatación del uréter, que fácilmente alcanza las proporciones del índice y más, y dilatación de la pelvis renal, que presenta una verdadera hidro-nefrosis. Los experimentos de Charcot, Strauss, Aufrecht, Albarran, Leguen y otros sobre los efectos de la ligadura de los uréteres, han demostrado cómo es más propicia la obstrucción parcial del uréter que la total para el desarrollo de la hidronefrosis y dilatación uretral. Con esa obstrucción parcial la dilatación urétero-renal es progresiva, y apenas hay autopsia de cáncer del útero en que no se encuentre el uréter dila-

(1) *Ponencia al Tratamiento quirúrgico del cáncer del útero. Congreso de Roma, Septiembre de 1902, pág. 33.*

tado y flexuoso de uno ó ambos lados, la pelvis dilatada y el riñón dilatado también, de forma que las pirámides casi desaparecen y la substancia cortical del riñón forma una cáscara delgada y está casi siempre esclerosada.

Aunque no es lo común, se comprende que ese estado del aparato urinario crea condiciones favorables para su infección, que sobreviene algunas veces agravando el cuadro, particularmente cuando la vejiga invadida también se infecta. En este estado de cosas se encuentra la explicación de la anuria, que se presenta en ocasiones en el curso del cáncer del útero.

El *recto* es menos frecuentemente invadido que la vejiga y los uréteres, debido á su posición. Tan sólo los cánceres de la parte posterior tienen tendencia á invadirlo, y particularmente los de la porción vaginal, que se propagan hacia la vagina y fondo de Douglas, pudiendo alcanzar el recto por tal camino. Los del conducto cervical sólo le alcanzan en períodos muy adelantados, porque tienen que interesar primero el peritoneo del fondo de Douglas. Por eso no es tan frecuente la fístula rectal como la vesical, y, además, más tardía que ésta.

El *peritoneo* se infiltra fácilmente, sea cuando la neoplasia ha destruido la cáscara uterina, sea que, dada la invasión del tejido celular parametrítico, va propagándose hacia la parte alta hasta llegar á la cubierta peritoneal. Cuando esto ocurre, los anexos del útero son invadidos también, aunque estos últimos, como también el peritoneo, son más fácilmente atacados por metástasis que por infiltración.

La propagación por infiltración puede ser pura ó enmascarada por infecciones concomitantes, que producen infiltraciones flogísticas parecidas á las neoplásicas; á veces están mezcladas, otras existe pura la infiltración neoplásica, y en ocasiones hay infiltraciones puramente flogísticas que hacen creer en propagaciones neoplásicas que no existen.

Esas infiltraciones son también muy variables en cuanto á la época de su aparición y rapidez de su desarrollo, siendo ésta una de las circunstancias que más contribuyen á comunicar aspectos variados á la marcha clínica de la neoplasia.

La *metástasis* es la propagación de la neoplasia por medio de células que, salidas del foco de origen y llevadas por los vasos linfáticos ó sanguíneos, van á anidar á distintos puntos de la economía.

Para el cáncer del útero, la vía principal de metástasis es la linfática; la sanguínea es muy rara, y clínicamente casi no la hemos de tener en cuenta. Con todo, Winter ha reunido en una sola estadística las de Wagner, Blau y Dijboorsky, que comprenden 355 casos de autopsia de mujeres fallecidas de cáncer del útero, y entre ellas 24 metástasis en el hígado, 18 en el pulmón, 9 en los riñones, 4 en el estómago y 5 en la glándula tiroides.

Claro está que, tratándose de autopsias, sólo demuestran que el hecho es bastante frecuente en los últimos períodos del mal. Sin embargo, la metástasis visceral ó sanguínea es menos frecuente en los primeros períodos de la enfermedad, y Winter mismo examina 202 recidivas entre 351 operadas, y encuentra 9 recidivas viscerales ó por metástasis sanguínea; Thumingen, entre 104 histerectomías vaginales encuentra dos recidivas por metástasis viscerales. Kiwisch evalúa en un 7 por 100 el número de metástasis viscera-

les, siendo las más frecuentes la del pulmón y del hígado. He tenido ocasión de ver una enferma operada que tuvo al cabo del año una recidiva por metástasis pulmonar; en otra enferma, que murió la noche antes de practicarle una histerectomía por neoplasia maligna del cuello, se encontró en la autopsia un tumor cerebral metastásico de igual naturaleza. Esto basta para demostrar que la metástasis por vía sanguínea en el cáncer del útero es un hecho, si bien no muy frecuente, y que no es precisamente ésta la más temible.

En cambio, la metástasis ó propagación por vía linfática es mucho más frecuente y tiene lugar por dos mecanismos igualmente interesantes. Las células cancerosas penetradas en un vaso linfático son arrastradas, y ó bien se detienen en cualquier punto del vaso linfático que tenga, por ejemplo, una dilatación, como ha demostrado Seelig, ó bien siguen hasta que encuentran un ganglio linfático, en donde son detenidas y en donde anidan; indudablemente el ganglio es una verdadera defensa contra la invasión cancerosa.

Estas metástasis que tienen lugar en los vasos linfáticos, verdaderas trombosis cancerosas linfáticas, tienen una gran importancia, porque nos explican la aparición de focos cancerosos en el ligamento ancho y aun en el mismo útero, en el peritoneo ó en los anexos, completamente aislados é independientes del foco principal. Jonnesco, Schauta, Wertheim (1) y otros han encontrado focos cancerosos en el mismo útero separados del foco principal por capas de tejido muscular, y focos de trombosis linfática cancerosa en distintos puntos del parametrio y del ligamento ancho, en sitios donde todavía no ha alcanzado la infiltración neoplásica. Esas metástasis son completamente independientes de la infiltración neoplásica, y lo mismo pueden precederla que subseguirla ó dejarse de presentar.

Nada sabemos tampoco del período en que se forman, constando tan sólo, por los trabajos microscópicos de los ayudantes de Jonnesco, Bruckner y Meznicesco, los de Wertheim, Seelig, Schauta y otros, que pueden ser muy prematuras y que pueden existir sin que en el parametrio se encuentren señales visibles de su existencia.

Wertheim ha sometido al examen el parametrio procedente de 90 casos operados por él; ha examinado cuidadosamente 7.000 cortes, y ha encontrado que el parametrio era canceroso en 45 de los 90 casos, ó sea 50 por 100; 26 veces el parametrio era canceroso de los dos lados y 19 de uno solo. Se encontraron entre ellos 11 focos del todo independientes del foco primitivo (2).

Esas trombosis linfáticas prematuras que se presentan antes de toda infiltración, explican casos tan desgraciados como el que presencié hace doce años. Practiqué la histerectomía vaginal á una enferma de treinta y tres años por un nódulo de forma infiltrada en el labio anterior; la neoplasia parecía perfectamente limitada sin ningún fenómeno de infiltración á su alrededor ni en el tejido peri-uterino; presenciaba la operación un deudo de la enferma, médico también y uno de nuestros mejores histólogos, quien, al ver lo limitado de la

(1) Véase: *Ponencias del Congreso de Roma*, 1902.

(2) WERTHEIM: *Ponencias del Congreso de Roma*, 1902. *Revue de Gynecologie*, 1902, página 848.

neoplasia, me invitó á practicar una amputación alta del cuello; no acepté la indicación y practiqué la histerectomía total; la convalecencia fué feliz; su deudo, el histólogo, se llevó la pieza patológica, practicó cortes seriados, y á los pocos días me ponía una nota muy satisfactoria y que pronosticaba muy halagüeñas esperanzas, dado lo limitado de la lesión y la perfecta integridad de todos los tejidos circundantes. A los dos meses tenía los primeros síntomas de una recidiva galopante con masas neoplásicas que se hicieron primeramente ostensibles en el ligamento ancho izquierdo por las manifestaciones dolorosas y por la induración.

Nada sabemos todavía en qué consistirá y dentro qué casos y condiciones tienen lugar estas metástasis linfáticas, que inutilizan tan frecuentemente nuestras intervenciones; pero parece, por los hechos de observación clínica, que en las mujeres jóvenes y en las proximidades del puerperio tienen lugar más fácilmente esas propagaciones, como también las circunstancias individuales podrán influir, ya que parece que la actividad circulatoria es una condición que favorece en gran manera su formación; por eso en las mujeres ya menopáusicas, y cuanto más entradas en años mejor, no es tan activa la propagación ni tan rápida y frecuente la recidiva.

Otra forma de propagación muy frecuente es la *metástasis ganglionar*, que en estos últimos tiempos ha sido objeto de numerosos trabajos. Winter creyó que los ganglios no se interesaban en el cáncer del cuello sin haber sido invadido antes el parametrio y los ligamentos anchos. Los trabajos posteriores, y sobre todo desde que se practican intervenciones que se proponen suprimir los ganglios infartados para evitar la recidiva, han demostrado lo erróneo de esta creencia.

Los trabajos de Mackenrodt, Seelig, Schuchardt, Clark, Veit, Junke, König, Maucclair, Jacobs, Ricard, Segond, Legueu, Recasens y otros, han demostrado que la invasión ganglionar es relativamente frecuente y que puede presentarse muy prematuramente antes de existir la invasión paramétrica evidente. Sin duda, los trabajos de Wertheim y de su ayudante Stepler, que comprenden el análisis histológico de 90 casos operados por Wertheim (1), según su procedimiento, son de los más completos y mejores, porque están fundados en verdaderas biopsias practicadas en distintos períodos de la dolencia. En 23 casos hubo ganglios cancerosos, ó sea en un 25,5 por 100; Williams, en 78 autopsias, los encontró en 56 casos. Esta diferencia de frecuencia prueba que á medida que la dolencia adelanta son invadidos los ganglios más frecuentemente, lo que por otra parte era ya de prever. Wertheim, después del análisis de sus casos, llega á las conclusiones siguientes:

1.º En cierto número de casos de cáncer uterino, los ganglios regionales son invadidos en período relativamente precoz y aun á veces muy al principio.

2.º Raras veces puede decirse á simple vista si un ganglio infartado es canceroso; sólo el examen microscópico puede resolver la duda.

3.º El estado del parametrio tal como permite explorarlo la palpación no permite deducir el estado de los ganglios, ni aun afirmar si el parametrio es ó

(1) *Lcc. cit.*, pág. 849.

no canceroso; porque parametrios infiltrados pueden estar libres de cáncer y otros no infiltrados ser cancerosos, y ambos pueden ó no tener ganglios.

Las conclusiones de Jonnesco, fundadas en el examen histológico de 13 casos de los 28 operados por él, son parecidas á las de Wertheim, diferenciándose en que considera la invasión más frecuente (61,5 por 100), y que ni el sitio, la extensión ni la forma del cáncer tienen importancia para la invasión ganglionar, lo que no se ha comprobado (1).

Jacob es más absoluto, y no habiendo encontrado entre 23 casos más que una vez los ganglios sanos, cree con Buffart y Reiss que la adenopatía es constante, y que aun cuando los ganglios parecen sanos, no lo están.

Parece, pues, deducirse de todos los trabajos publicados, que la metástasis ganglionar puede ser muy precoz é independiente de toda otra propagación, que su número aumenta cuando más adelantada está la dolencia, y que en las enfermas sometidas al tratamiento quirúrgico se encuentran en un 30 á 50 por 100.

Cuarenta y dos veces he practicado la operación de Wertheim, y he encontrado ganglios, de uno ó de los dos lados, en trece casos, ó sea un 30 por 100; no hice el examen histológico y no sé, por tanto, si eran cancerosos, ya que hay que contar con un cierto número de ganglios que, aun estando infartados, no son cancerosos, sino simplemente flogísticos; Jacobs, entre 40, encontró tan sólo 23 neoplásicos; Jonnesco, de 13, 8 cancerosos, y todos los autores están conformes en que aproximadamente una tercera parte de los ganglios alterados no son cancerosos, y aunque Wertheim dice que algunas veces pueden distinguirse á simple vista, únicamente el examen microscópico puede dar datos ciertos.

Recasens, en una comunicación al Congreso de Madrid, dice que de nueve casos operados encontró invasión ganglionar en cinco, y concede mayor importancia, bajo el punto de vista quirúrgico, á la infiltración paramétrica que á la invasión ganglionar, pues, como los demás autores, acepta que no todos los ganglios infartados son neoplásicos.

Los ganglios más frecuentemente invadidos son los que se encuentran en la fosa iliaca alrededor de la arteria y vena iliaca externa, alrededor de la hipogástrica y en la bifurcación de la iliaca primitiva; también es frecuente encontrar lesionado el ganglio obturador muy cerca del orificio de dicho nombre ó próximo al entrecruzamiento del uréter con la uterina. Alguna vez están infiltrados los ganglios lumbares.

Poco sabemos acerca de las formas y localizaciones cancerosas que más frecuentemente producen las metástasis ganglionares; parece ser que el cáncer cervical es de los más temibles y la forma infiltrada y corrosiva las que mayor tendencia presentan á la propagación ganglionar. Parece también que los que asientan en la porción vaginal son más tardíos en su propagación paramétrica y ganglionar.

CÁNCER DEL CUERPO.—No hace muchos años, el cáncer primitivo del cuerpo del útero era tenido casi como una rareza. Szukitz señala un solo caso entre 420

(1) Ponencias de Pozzi, Jonnesco, Wertheim, Cullen y Freund sobre el Tratamiento quirúrgico del cáncer del útero en *Revue de Gynecologie*, Octubre de 1902.

tratados en la clínica ginecológica de Viena. Schroeder más tarde encuentra 27 entre 812 casos, lo que da un promedio de 3,4 por 100, y últimamente Sanger, Olshausen y Martin hacen ascender á una tercera parte el número de cánceres primitivos del cuerpo. Ott encuentra 15 entre 62; Cullen 30 entre 103; Terrier 6 entre 28; lo que da una proporción de 26,4 por 100. En cambio Sweiffel encuentra tan sólo 10 por 100. En los últimos 200 cánceres del útero que he visto, había 29 del cuerpo, lo que da un 14,5 por 100.

Resulta evidente de todo ello que el cáncer del cuerpo es más frecuente de lo que se había creído, y su frecuencia se ha descubierto á medida que han menudeado las intervenciones, y sobre todo desde que en el diagnóstico ginecológico se hace intervenir el examen microscópico; muchos casos de cáncer del cuerpo son hoy debidamente clasificados, en tanto que antes eran todos confundidos en la denominación común de cánceres del útero.

En tanto que algunos, Emmet y Bald entre ellos, creen que casi únicamente existen en las múltiparas, la mayoría, Schroeder, Pozzi, Hoffmeier y otros, creen que es mucho más frecuente en las nullíparas. Creo también, por lo que he visto en mis casos, que realmente es más frecuente en las nullíparas.

Se nota marcadamente que, por regla general, es más tardía la aparición del cáncer del cuerpo que del cuello. En una estadística de Hoffmeier su mayor frecuencia es de los cincuenta á los sesenta años; tanto es marcado este sello que algunos le llaman también cáncer de la menopausia: hay bastantes casos en mujeres jóvenes para desechar este calificativo que podría inducir á confusión.

Normalmente, el epitelio del cuerpo del útero es cilíndrico, por tanto parece que todas las neoplasias malignas de dicho sitio debían ser primitivamente cilíndricas, y sin embargo no es así. Zeller, Fritchs, Williams y algún otro pretenden haber encontrado epitelio pavimentoso en mucosa uterina normal, que atribuyen á anomalías de desarrollo, y por otra parte, según antes he dicho, no parece dudoso que el epitelio de cubierta del cuerpo como el del cuello puede sufrir una alteración metaplástica que lo convierte de cilíndrico en pavimentoso; algunos han llamado á este proceso ictiosis, pero, llámese como se quiera, el hecho no es dudoso (fig. 20).

De aquí que puedan observarse en el cuerpo del útero las dos formas de neoplasia epitelial antes descritas ó sean la pavimentosa y la cilíndrica. No hay duda que la primera tiene su origen en el epitelio de cubierta, y constituye la variedad que algunos han llamado cancroide del cuerpo del útero, siendo particularmente maligno en su desarrollo. El cáncer cilíndrico empieza, sea en el epitelio de cubierta, sea más frecuentemente en las glándulas, por un proceso igual al que queda descrito; la capa epitelial glandular sufre una hiperplasia y se constituye en epitelio estratificado, cuyas células superficiales apenas recuerdan su origen cilíndrico (fig. 189); llenan y distienden el tubo glandular, y bien pronto destruyen la capa basal é invaden los tejidos vecinos en masas de células informemente agrupadas, quedando constituido el verdadero epitelioma de origen glandular; si está la lesión muy adelantada, el microscopio apenas denota su origen, porque no descubre ya en ningún sitio restos de glándulas; á lo más algún punto en que las glándulas conservan el tipo cilíndrico y cierta alineación, denotan su origen.

Existe una verdadera confusión entre los autores acerca de lo que debe entenderse por adenoma benigno, adenoma maligno y adenocarcinoma del cuerpo del útero. Richelot dice: *en Francia, la doctrina del adenoma maligno ha sido siempre mal acogida; nosotros queremos ideas más precisas* (1). Comentando las preparaciones de Veit y las ideas de Schröder y Hoffmeier, dice que *demuestran claramente la transición de la hipertrofia glandular simple al epiteloma, pasando por este camino, arbitrariamente designado con el nombre de adenoma maligno, y que no es otra cosa que la primera etapa del cancer*. Quizás podría estar conforme con este tan claro comentario si en vez de decir *la primera etapa* dijera que no es otra cosa que una *de las formas* del cáncer del cuerpo del útero. Realmente el llamado adenoma benigno no es más que una endometritis glandular con hipertrofia, más ó menos pronunciada, de sus glándulas, que conservan su tipo de glándula tubular, más ó menos flexuosa, que no se introduce profundamente en la capa muscular, con substancia interglandular y que es susceptible de lograr un largo período estacionario y aun de sufrir una regresión y curarse perfectamente por las cauterizaciones ó el raspado (véase pág. 57 y figs. 21 á 27).



FIG. 186

Adenoma maligno del cuerpo del útero. Hipertrofia, hiperplasia y deformación glandular, con ausencia de substancia interglandular.

(Aumento 25 diámetros.)

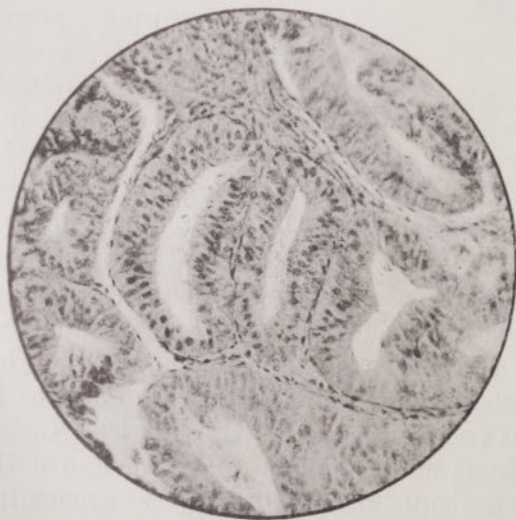


FIG. 187

Porción de la figura anterior. Adenoma maligno de la mucosa uterina. Los tubos glandulares conservan la capa basal; las células de revestimiento son cilíndricas, formando en algunos sitios varias capas por la oblicuidad con que están seccionadas; falta la substancia interglandular.

(Aumento 110 diámetros.)

El *adenoma maligno* quizás tenga su origen en el adenoma benigno ó endometritis glandular, según creen Ruge y Veit, Schröder y Hoffmeier, Fritchs, Richelot y aun Pozzi, que expone muy claramente sus ideas, en un todo conformes con las de Richelot, aunque usando un lenguaje

(1) *Chirurgie de l'uterus*, pág. 266.

más contemporizador, pero no hay duda que, por lo menos en un momento dado de la historia de las enfermas, tiene una existencia propia, por lo menos anatómicamente, y aun probablemente en el terreno clínico.

El adenoma maligno (figs. 186 y 187) está constituido por tejido glandular típico; el tejido está formado por una sola capa de epitelio cilíndrico que descansa en una membrana envolvente, y conserva la forma tubular; en ningún sitio se halla destruida su continuidad para que sus células puedan invadir los tejidos vecinos, pero la forma de las glándulas está alterada en el sentido de ser más flexuosas é irregulares, de formar como pelotones (parecidas á gusanos

de tierra, según Schröder) sin substancia celular en su intermedio, que forman grandes masas hacia la cavidad del útero y penetran lentamente en el tejido muscular, al que desgastan, pero conservando siempre su tipo de estructura glandular típica.

La cuestión estriba en saber si este tipo es simplemente un tipo de transición tan sólo, que acaba por ser un cáncer típico, en cuyo caso, como pretenden Riche-
lot, Pozzi, Schröder mismo y tantos otros, sería nada más que un primer período del cáncer, y podría denominarse perfectamente *cáncer glandular*, *adeno-carcinoma* ó *epitelioma glandular*, ó puede conservar hasta el final el tipo ade-

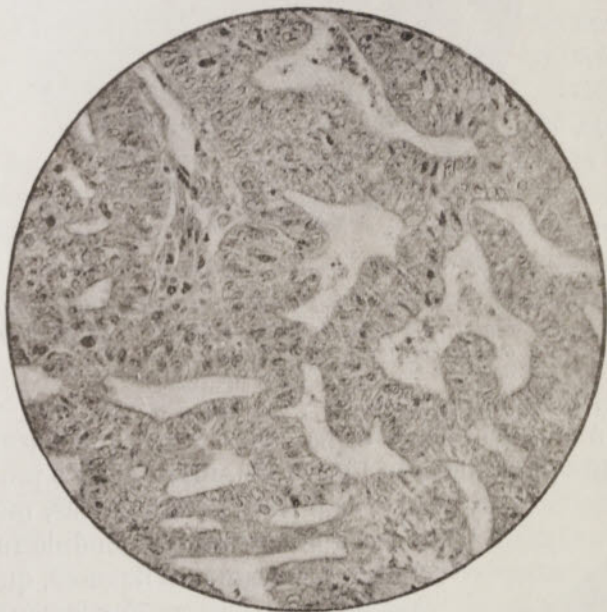


FIG. 188

Carcinoma del cuerpo del útero procedente de adenoma maligno. — Las células epiteliales que en algunos sitios conservan aún el tipo cilíndrico, forman cordones anastomosados sin membrana basal, entre los que quedan los huecos de antiguos conductos glandulares.

(Aumento 175 diámetros.)

nomatoso. No dudo que en muchos casos el adenoma maligno termina formando un verdadero carcinoma (fig. 188) ó sea que su epitelio se estratifica llenando los tubos glandulares en unos sitios (fig. 189) y rompiendo en otros la pared limitante para invadir los tejidos vecinos (fig. 190); pero mis observaciones me autorizan á pensar que el adenoma maligno tiene una verdadera entidad que se mantiene típicamente durante mucho tiempo y que se encuentra todavía en enfermas que han alcanzado un período caquéctico. Recuerdo tres casos, uno de ellos con examen histológico con dos años de intervalo, en los que la estructura del adenoma no había sufrido cambio alguno, y sin embargo se habían acentuado los síntomas de neoplasia maligna intra-uterina hasta que vino la muerte; otros dos procedentes de enfermas ya caquécticas, á las que extraje trozos de neoplasia intra-uterina con estructura adenomatosa típica; pero el caso que más me hace insistir en considerar el adenoma como verda-

dera entidad, se refiere á una enferma operada de histerectomía vaginal, en la que el útero, ocupado por excrescencias adenomatosas, tenía su cubierta muscular verdaderamente carcomida en algunos sitios por la neoplasia, hasta el punto de que me imposibilitó bascular el útero por delante, porque la más pequeña tracción desgarraba los restos de cubierta muscular del útero y tuve que bascularlo por detrás, en que, mejor conservado el órgano, me permitió terminar la operación; las lesiones eran difusas y en todos los sitios examinados se encontró la estructura adenomatosa típica; la enferma curó hace nueve años y no tiene recidiva.

Del primer caso citado, y del que se hicieron dos exámenes histológicos con dos años de intervalo, el primer examen fué hecho por histólogo distinguido, quien me dijo que la pieza era de naturaleza benigna y la curación segura con el raspado y cauterización al cloruro de zinc que había practicado; el segundo examen fué después de otro raspado á pesar del cual la enferma murió, no habiéndose podido practicar la histerectomía por circunstancias especiales. Este caso pone sobre este asunto dos problemas muy interesantes, cuales son: la malignidad del adenoma y la dificultad del diagnóstico histológico. Sea conservando hasta el final el tipo de adenoma, cual creo que ocurre

algunas veces, sea sufriendo la degeneración carcinomatosa, el adenoma verdadero que, repito, no debe confundirse con la endometritis glandular, es clínicamente maligno, porque en su exuberante formación de cordones glandulares invade y destruye los tejidos vecinos; por tanto, cuando en el examen histológico se encuentra un tipo de verdadero adenoma, tal como los alemanes le llaman adenoma maligno, debe considerarse y tratarse como á tal. Las dudas en esto autorizan las vacilaciones de Cornil, quien dice que en algunos casos es muy difícil decidirse en el diagnóstico histológico, y la sospecha de Pozzi de que algunos casos son calificados de malignos sin serlo (1).

Si seguimos considerando como benigno el adenoma típico, podrán ocurrir tales contradicciones; pero si concedemos al verdadero adenoma toda su importancia, podremos considerarlo como una de las formas de neoplasia maligna del cuerpo del útero, pues realmente es algo más que una forma de transición. Clínicamente no es tan maligno como el epiteloma, porque no se propaga con



FIG. 189

Epitelioma del cuerpo del útero de origen glandular.

C, epiteloma glandular con una sola capa de células conservando el tipo normal.—C', epitelio estratificado y degenerado en cuboideo, comienzo del epiteloma.

(Aumento 150 diámetros.)

(1) Congreso de Roma, 1902. *Revue de Gynecologie*, 1902, pág. 741.

tanta facilidad, lo que se comprende, pues dadas las vías de difusión de una neoplasia atípica, las células cancerosas enfilan por los espacios y vasos linfáticos, pero no es tan fácil cuando este paso lo ha de realizar un tejido organizado como el tejido glandular; así se comprende que el adenoma maligno ó simplemente adenoma, sea susceptible, con mayor facilidad, de una curación definitiva que el epiteloma ó el carcinoma, pero siempre á costa de una extirpación total del órgano para que no queden restos glandulares.

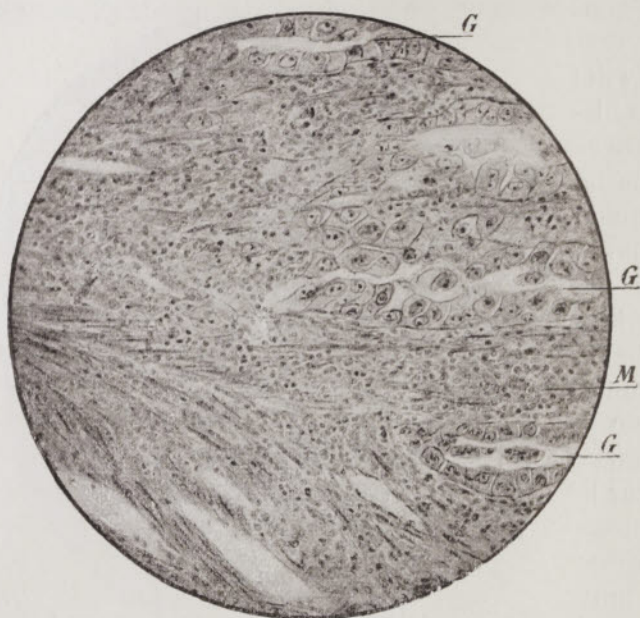


FIG. 190

Carcinoma del cuerpo del útero, originado por adenoma maligno.

G, fondos de saco glandulares hundidos en la capa muscular M, infiltrada de pequeñas células. Las células epiteliales pierden el tipo cilíndrico, se estratifican y destruyen la membrana basal de la glándula.

(Aumento 150 diámetros.)

El cáncer del cuerpo del útero afecta dos formas principales: *circunscrito* ó *difuso*. En el primero es un nódulo implantado en cualquier sitio del endometrio, generalmente hacia el fondo, con una base de induración é implantación más ó menos ancha, y en el segundo aparece alterada toda la superficie del órgano, que se presenta como vellosa y friable, formando elevaciones y depresiones irregulares. Gessner ha encontrado en 36 casos, 22 circunscritos y 14 difusos (figs. 191, 192, 193 y 194).

También en el cuerpo del útero se encuentran formas más ó menos infiltradas; pero generalmente es hacia la

cavidad que crece la neoplasia tardando bastante más en infiltrar la pared del órgano que lo hace el cáncer del cuello, como si la cáscara del útero ofreciese más resistencia á la infiltración que el tejido del cuello. No es raro que las vellosidades en la neoplasia intra-uterina formen prolapso al través del cuello y asomen por el hocico de tenca (fig. 191).

Cuando el cuerpo del útero es afecto de cáncer, sus paredes sufren una hipertrofia é hiperplasia enteramente parecida á lo que ocurre con los miomas, y ello debe ser gran ventaja para oponerse á la propagación del cáncer. En su consecuencia el órgano aumenta de volumen, llegando á ser doble, triple y aun más de su tamaño normal; veremos que esta hipertrofia es un gran síntoma para el diagnóstico.

Propagación del cáncer del cuerpo.—Es indudable que el cáncer del cuerpo

se limita mucho más que el del cuello. No es raro observar un cáncer difuso que al llegar al istmo se ve limitado como por una línea que le forma una barrera (figs. 192 y 194), de modo que siendo muy frecuente la propagación del cáncer cervical al cuerpo del útero, el caso inverso es sumamente raro.

Aunque raramente, se encuentran coincidiendo con el cáncer del cuerpo nódulos malignos en el conducto cervical y aun en la vagina, pero no tienen continuidad con el nódulo uterino primitivo. Fischer, Hessen, Schauta, Kelly y otros citan casos de éstos, los que deben interpretarse como verdaderas metástasis y aun mejor como injertos de los productos de excreción de la úlcera cancerosa.

Por infiltración, el cáncer del cuerpo va invadiendo la capa muscular; en las formas infiltradas esa invasión es bastante rápida, y no da gran

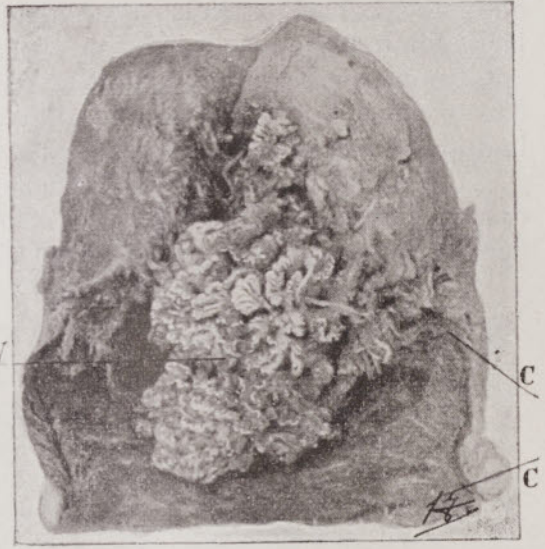


FIG. 191

Adeno-carcinoma circunscrito del cuerpo del útero en forma de coliflor.

C, cuello uterino dilatado, alojando parte de la neoplasia N.

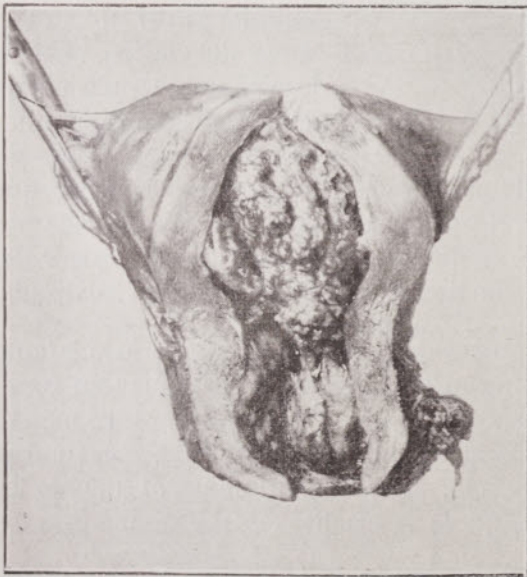


FIG. 192

Epitelioma circunscrito al cuerpo del útero implantado en el fondo y cara posterior. (Útero abierto por su cara anterior, dos pinzas lo sostienen por los anexos).

lugar á que se desarrolle la hipertrofia muscular de que antes hablaba; pero en las formas excrecentes esa hipertrofia es una nueva valla opuesta á los progresos de la neoplasia y entonces la infiltración y destrucción es muy tardía.

La infiltración del tejido celular pelviano tampoco se realiza con la facilidad que en la neoplasia del cuello. Hasta que se ha destruido la capa muscular, y aun entonces con la condición de que se encuentren interesados los bordes del útero, no se infiltra el tejido celular de los ligamentos anchos, de modo que no es raro encontrar cánceres del cuerpo muy adelantados, en los que el parametrio está completamente libre.

Cuando la infiltración destruye la capa muscular invade fácil-

mente el peritoneo, propagándose entonces rápidamente. No es raro encontrar en la serosa peritoneal nudosidades debidas á la infiltración en los sitios en que está más adelgazada la cáscara del útero, aun antes de que el tejido celular se interese.

Las metástasis linfáticas y ganglionares también son poco frecuentes y tardías, y cuando ocurren las encontramos en los ganglios lumbares y aun en los inguinales, á donde van á parar por los vasos del ligamento redondo.

Una de las metástasis más frecuentes es hacia los anexos, de modo que no es raro encontrar ovarios cancerosos cuando hay cáncer del cuerpo; no me refiero al período final en que la neoplasia lo invade todo, observándose en las

autopsias lesionados casi siempre ámbos órganos, sino á casos limitados sin relación directa entre la neoplasia del útero y del ovario. Sólo cabe preguntarse cuál de los dos ha sido el primero, siendo en ocasiones bien difícil la contestación. Winter, Gerhart, Lolein, Reichel y otros citan casos indiscutibles de metástasis desde el útero al ovario. Las metástasis viscerales, en períodos adelantados, se presentan también para el cáncer del cuerpo, habiéndose las encontrado en los riñones, hígado, pulmones, etc.



FIG. 193

Epitelioma difuso del cuerpo del útero.

C, cuello.

Un hecho domina los fenómenos de propagación del cáncer del cuerpo, que explica su benignidad comparada con el cáncer del cuello y comprobada por todos los autores: que esta propagación es difícil y tardía ya que el cáncer del cuerpo del útero permanece durante mucho tiempo siendo una afección localizada.

Síntomas y diagnóstico.—El cáncer del útero tiene un período latente de duración variable, durante el que ningún síntoma hace sospechar su existencia. A veces, por casualidad, y explorando el aparato genital por otro motivo cualquiera, se descubre la lesión cuando su asiento es superficial, más de una vez me ha ocurrido semejante contingencia, pero generalmente alguno de los síntomas propios de la dolencia despiertan la sospecha; esos síntomas son las metrorragias, la leucorrea y el dolor.

CÁNCER DEL CUELLO.—Las *hemorragias* en el cáncer del cuello son, sin duda, uno de los síntomas más frecuentes. Se presentan á veces muy prematuramente cuando todavía tarda en existir la leucorrea y el dolor.

Generalmente es á propósito de un coito, de un cansancio, de una deposi-

ción laboriosa que se presenta la primera pérdida, no muy abundante y poco duradera, y que no suele llamar la atención de las enfermas porque suele ocurrir en las proximidades del período menopáusico.

Las metrorragias del cáncer del cuello son siempre irregulares, y ninguna relación guardan con el período menstrual, si bien éste suele estar aumentado, y no es raro que antes de presentarse las primeras metrorragias señale la enferma un período durante el cual las menstruaciones eran más abundantes.

Las primeras metrorragias suelen durar poco y son escasas; pero bien pronto aumentan en duración y en cantidad, haciéndose á veces continuas y llegando á ser muy profusas, aunque por lo general no tanto como las de los grandes fibromas. Sin embargo, ocurre á veces en períodos adelantados del mal, que se presentan metrorragias enormes que pueden poner en peligro la vida de la enferma; pasa esto en ciertas formas que llegan á interesar alguna rama de la uterina y aun ésta.

En los períodos finales de la dolencia no suelen ser las metrorragias tan profusas.

El carácter de la sangre derramada varía con las formas de la dolencia; siendo al principio casi pura, vese más tarde mezclada con leucorrea y es de un color sucio más ó menos subido.

La *leucorrea* es tan variable en su presentación como la metrorragia. A veces hace tiempo

que existe cuando una metritis precede ó coexiste con el cáncer, y entonces se confunde con la leucorrea propia de esta última dolencia. En rigor, la leucorrea no existe hasta que la neoplasia se ulcerada, pero no es raro que exista antes de la ulceración ocasionada por la hiperemia que alrededor del nódulo existe y que origina una mayor actividad en las glándulas vecinas.

Cuando la neoplasia se ulcerada comienza la leucorrea, que, en más ó menos cantidad, ya no desaparece. Al principio es clara, pero bien pronto se hace amarillenta y sucia ó viene teñida en sangre y adquiere fetidez. Su cantidad suele ir en aumento con los progresos de la dolencia.



FIG. 194

Epitelioma difuso del cuerpo del útero. (Este está cogido por una pinza implantada en el cuello íntegro y sano).

El *dolor* es uno de los síntomas más variables en el cáncer del cuello. Es mucho menos constante que la metrorragia y la leucorrea, y su aparición bastante más tardía. En muchos casos existe un largo período, durante el que ya las hemorragias y leucorrea existían sin que el menor dolor haya despertado sospechas, y aun hay casos en que transcurre todo el curso de la dolencia sin fenómeno doloroso ninguno.

Por regla general, el dolor aparece cuando el cáncer empieza á propagarse á las zonas vecinas y son comprimidos los filetes nerviosos ó bien cuando ya alterada la neoplasia vienen fenómenos infectivos y flogísticos consecutivos; el nódulo neoplásico de por sí raras veces despierta dolor; casos hay, sin embargo, aunque pocos, en que se presentan muy prematuramente las manifestaciones dolorosas. No obstante, por regla general, el dolor es tardío en su aparición, considerado bajo el punto de vista diagnóstico, pues en la inmensa mayoría de casos, cuando el síntoma dolor aparece, indica ya una propagación de la dolencia, y por tanto la pérdida del mejor período para intervenir. Ojalá en bien de las enfermas fuera un síntoma prematuro é intenso, porque si la mayoría desprecia la hemorragia y la leucorrea ninguna desprecia las manifestaciones dolorosas.

Los primeros focos dolorosos que se presentan suelen ser el dolor lumbar ó hacia una de las fosas ilíacas, raras veces los dos á la vez. Por lo común no tardan en generalizarse á toda la pelvis, y también se presentan irradiaciones hacia el nervio crural y el ciático, y se comprende, porque la propagación alcanza á todos los órganos y nervios de la pelvis; así se mezclan con las antedichas las manifestaciones dolorosas por parte de la vejiga y del recto.

Los dolores del cáncer se presentan en forma gravativa ó lancinante: esta última es más frecuente. Pueden ser continuas sus agravaciones ó bien periódicas, en forma de verdaderas crisis, que aparecen en determinadas horas.

En las formas de cáncer doloroso, que son la inmensa mayoría, cuando aparece el síntoma es persistente y rebelde contra toda medicación, y más bien aumenta su intensidad que disminuye con los progresos de la dolencia; generalmente, hasta el final del período caquético, cuando ya se apaga toda energía orgánica y la muerte está próxima, no sobreviene una calma relativa y á veces la cesación completa. Es el síntoma más terrible que hace la vida de las cancerosas más insoportable.

Diagnóstico.— El diagnóstico del cáncer del cuello es, por lo común, fácil, pero teniendo en cuenta que debe basarse siempre en el examen directo de la enferma.

Chauser decía que el trípede en que debía descansar el diagnóstico de un cáncer uterino era las metrorragias, la leucorrea fétida y el dolor; aun estos síntomas tan característicos no bastan para el diagnóstico, pues hay casos con este trípede sintomático que nada tienen que ver con el cáncer del cuello.

En cambio, la exploración nos proporciona datos inequívocos y fáciles de adquirir en la inmensa mayoría de ocasiones. El tacto vaginal es el medio más adecuado y casi el único que hemos de poner en juego, pues al llegar al fondo de la vagina y ponernos en contacto con las alteraciones anatómicas del cuello, nos permite sentar un diagnóstico cierto y positivo.

Lo que el tacto nos revela en el cuello del útero varía con la forma del cáncer. En el *cáncer excrescente* de la porción vaginal, nada es tan fácil de apreciar como aquella masa de tejido informe, velloso, friable, que sangra al menor contacto y que tiene una ancha base de implantación en uno de los labios del cuello, cuya base está endurecida comparada con el cuello normal ó con el otro labio; si el epiteloma es de aquellos voluminosos que llena la vagina, el diagnóstico es todavía más fácil, aunque quizás no pueda precisarse en qué sitio del cuello tiene su origen. El *cáncer corrosivo* se presenta al tacto en forma de una elevación indurada en uno de los labios, limitada, aunque no bien circunscrita, y en el centro de la misma una pérdida de substancia de forma y bordes irregulares, éstos algo más duros y elevados que el resto, y que sangra también con facilidad. El *cáncer infiltrado* tampoco ofrece dificultades cuando está ulcerado, porque á un aumento de volumen del cuello del útero se une la pérdida de substancia que descubre el dedo, pero cuando todavía no está ulcerado, la dureza del tejido y la imperfecta limitación del mismo hacia la periferia de la infiltración son los síntomas más característicos. El *cáncer laminar* se distingue principalmente por la placa indurada que se extiende por la mucosa y por las elevaciones que se encuentran en la superficie de induración cuando todavía debe ulcerarse; cuando está ulcerado, el diagnóstico es todavía más fácil. Como se ve, el diagnóstico se basa en la forma de la neoplasia ó de las pérdidas de substancia (excrescencias friables ó ulceraciones irregulares), y en la existencia de una zona indurada mal delimitada.

El *cáncer cervical* ofrece mayores dificultades, particularmente cuando el hocico de tenca está cerrado. Si al través de la abertura cervical podemos insinuar el pulpejo del índice, con él exploramos la cavidad cervical y encontramos, como en el caso anterior, la naturaleza de las lesiones, sean excrescentes, sean pérdidas de substancia, y la induración neoplásica sobre la que asientan, y el diagnóstico puede ser fácil y claro. No así ya cuando el hocico de tenca está cerrado, en cuyo caso más se adivina que se encuentra el cáncer cervical si no está muy adelantado; por el aumento de volumen del cuello, por su forma irregular, que se aprecia hacia los lados y al través de los fondos de saco y por las alteraciones que la mucosa presenta en el hocico de tenca, que aun cerrado, raro es que no permita recoger algún hecho que tenga valor diagnóstico. En este cáncer cervical es en el que he visto cometer más faltas diagnósticas, aun á médicos versados en el reconocimiento ginecológico.

Cualquiera de las alteraciones que el tacto puede apreciar en los casos usuales, unido á la edad de la enferma, concediendo un gran valor al hecho de que se hayan presentado los síntomas cuando ya se había establecido la menopausia, suele bastar para establecer diagnóstico cierto y sin vacilaciones.

Si á pesar de ello, por ser el cáncer intra-cervical ó cavitario y por ser las lesiones poco avanzadas, aun siendo de la porción vaginal, ó por existir alguna de las lesiones que con él pueden confundirse y que luego indicaré, el ginecólogo se quedara en la duda, como complemento de la exploración por el tacto, puede y debe hacerse otra que nos llevará la convicción. En todo caso dudoso, se encontrará tejido friable, del que con la uña podemos llevar al exterior una pequeña porción que el ginecólogo recoge para someterla al análisis histológico sin necesidad de maniobras especiales ni de instrumentos expresos, con la mis-

ma sencillez con que al retirar los dedos huele la fetidez ó mira si ha provocado hemorragia. Esa pequeña maniobra, que conviene entre en la práctica corriente de la exploración ginecológica, puede hacerse inconscientemente de la enferma, pues no provoca dolor, y aunque á veces produce una pequeña hemorragia, siempre es ésta insignificante y de menos importancia que la que produce el espéculum, del cual son todavía muchos los que no saben prescindir de su empleo para explorar y diagnosticar lesiones malignas del cuello.

Es esto tanto más preciso, en cuanto hoy no podemos contentarnos con hacer el diagnóstico de un cáncer ya en pleno desarrollo, sino que debemos hacerlo cuando la enferma se ofrece á nuestra exploración. La responsabilidad del ginecólogo ó del médico en general que no hace un diagnóstico preciso, es actualmente muy grande, pues no se trata sólo de satisfacer una curiosidad de diagnóstico para hacer un pronóstico seguro, sino de aprovechar la única probabilidad que la enferma tiene de obtener resultados positivos en el tratamiento.

El *diagnóstico precoz* del cáncer del útero se impone hoy como una necesidad á todo médico, sea ó no sea especialista. En él se encuentra la diferencia notable que existe entre Alemania y España en el tratamiento del cáncer del útero. Descansa el diagnóstico precoz en dos hechos: 1.º, que las enfermas acuden al médico al primer trastorno; 2.º, en que el médico obre según exigen los progresos contemporáneos.

Desgraciadamente, bajo el primer punto de vista, nuestro público tiene una educación muy deficiente. Por lo general, no conceden gran importancia á las pequeñas alteraciones del aparato genital y no prestan atención á una pequeña leucorrea ó á alguna metrorragia irregular que aparece fuera del período menstrual ó en la menopausia; cuando aparecen los dolores y el médico indica por qué no acudieron á las primeras alteraciones, su contestación es casi siempre la misma: *si nada me dolía*. Esto indica que el vulgo tiene todavía la creencia que las enfermedades graves han de ser dolorosas, y para el cáncer en particular todavía más, pues sabido es que las ideas del público reflejan las de la clase médica con unos años de retardo. Inculque, pues, la clase médica á sus clientes otras ideas, y el vulgo, siempre por lo regular sumiso á las ideas que tiene y atento á su salud, concederá la importancia debida á las pequeñas alteraciones y acudirá á tiempo al consejo científico del médico. En nuestro país son seguramente más de un 70 por 100 las mujeres que no acuden al consejo médico, aun teniendo hemorragias y leucorrea, hasta que las obliga el dolor; ya he indicado la importancia de esto, y volveré á insistir.

En cuanto al segundo extremo, no está la clase médica libre de reproche, pues no siempre obra como es debido. Toda enferma que consulta al médico por síntomas *que de cerca ó de lejos pueden hacer sospechar la existencia de una neoplasia maligna*, debe ser sometida sin tardanza á una exploración directa. Y para esta exploración directa, unas veces es la enferma que por una mal entendida honestidad se opone resueltamente, otras veces es el médico quien no la propone. De cuando yo comencé hasta hoy, ó sea en veinte y cinco años, hemos progresado mucho; al principio eran muchas las que se oponían, hoy casi ninguna, y las pocas que lo hacen es porque el médico no insiste como debe hacerlo y no tiene en cuenta la grave responsabilidad en que incurre al contemporizar con una repulsión mal entendida por parte de la enferma; yo

preguntaría á los que no se sienten con fuerzas para vencer una resistencia ilógica, si aceptarían ser consultados por un neumónico ó cardíaco que no se dejara explorar la temperatura y el pulso; puedo asegurar á mis colegas que mi actitud intransigente en estos casos nunca me ha ocasionado el más pequeño perjuicio en mi carrera profesional, y sí muchos triunfos, que me han valido grandes progresos.

Lo peor, sin embargo, no es la resistencia de las enfermas, que se domina siempre que el médico lo quiere, sino lo que me atrevería á llamar incuria de parte de este último. Veo cada día enfermas afectas de cáncer del útero, muchas, como se comprende, completamente menopáusicas, que han sido asistidas por médicos sin que ni siquiera se les haya propuesto una exploración, pasando dos, cuatro, seis y más meses con indicaciones farmacológicas y aun locales completamente inútiles. Para éstos es un gran apoyo una pequeña resistencia de parte de las enfermas; otros quedan escudados en su falta de conocimiento del asunto y no conceden importancia á los pequeños síntomas y la conceden exagerada á los trastornos menopáusicos; algunos se excusan en su falta de hábito ó en carecer de instrumental y en que la enferma no posee medios para ver un especialista. Todo esto no son motivos suficientes: instrumentos no son precisos, y el tacto no necesita una gran educación para descubrir ó sospechar las grandes lesiones del cáncer del cuello ni una gran destreza para con la uña desprender un poco de tejido para examinarlo al microscopio. Lo importante es que la clase médica se canvenza de la gran responsabilidad en que incurre no procediendo correctamente para que pueda diagnosticarse el cáncer lo más precozmente posible; claro que esta convicción ha de tener por base la de la curabilidad del cáncer del útero, y hoy es este un hecho indiscutible.

El diagnóstico precoz debe fundarse en las alteraciones anatómicas que el tacto encuentra, alteraciones bastante características, aun en los cánceres incipientes, y en los casos de duda en el examen histológico. No siempre es fácil retirar con la uña un trozo de neoplasia; me refiero á los casos incipientes en que la masa friable puede ser poca ó nula, y entonces procede que el ginecólogo ponga el cuello al descubierto, lo fije y con una tijera ó el bisturí corte una pequeña cuña del cuello en el sitio en que está más alterado; la pequeña operación no causa dolor ni tiene ningún peligro; hay una ligera hemorragia que un taponamiento basta para cohibir. Así pueden diagnosticarse cánceres en sus comienzos.

No basta con hacer el diagnóstico de la neoplasia, particularmente en los casos ya en evolución completa, sino que además debe el ginecólogo diagnosticar las propagaciones que la dolencia pueda tener, porque en el diagnóstico de estas propagaciones deberá fundar luego las indicaciones terapéuticas.

Las propagaciones hacia el útero y la vagina son de sumo interés para el ginecólogo. La del útero no puede diagnosticarse por exploración directa, pero debe recordarse lo que antes dije y darla como segura si se trata de un cáncer cervical, y como muy difícil si se trata de un cáncer de la porción vaginal. La propagación hacia la vagina, como tiene lugar por los fondos de saco, es muy fácil de explorar, y el tacto superficial de la mucosa nos dará sobre el particular toda clase de datos para saber si la neoplasia continúa localizada en el cuello ó se ha propagado á la vagina.

La propagación al recto y á la vejiga se diagnosticará por los síntomas y sobre todo por el tacto rectal en el primer caso, y la exploración vesical en el segundo, dado caso que por el solo examen vaginal nos quedásemos en la duda. Al hacer el tacto rectal para saber si el órgano está interesado, débese buscar un síntoma que tiene gran valor: si existe una induración que alcanza al recto puede, sin embargo, no haber interesado dicho órgano y si tan sólo el tejido celular peri-rectal, lo cual se conoce porque la mucosa desliza ó no sobre la induración; si no desliza y está adherida sobre la masa neoplásica es que está interesado. Para la vejiga podemos echar mano del tacto vesical, explorando también la movilidad de la mucosa; ó también de la cistoscopia, como lo ha hecho recientemente Zagenmeister para determinar la operabilidad del cáncer del útero.

La propagación al parametrio y á los ganglios es sin duda la que reviste más trascendencia, pues la mayor parte de casos inoperables son debidos á dicha propagación, y la inmensa mayoría de recidivas á la propagación paramétrica y alguna á la ganglionar. Respecto de ésta, no podemos diagnosticarla más que en los muy contados casos en que existen ganglios muy voluminosos en la fosa ilíaca, asequibles á la palpación; esto ocurre raras veces.

La propagación al parametrio podemos diagnosticarla más fácilmente, sirviéndonos para ello el dolor, la movilidad del útero y la exploración de los ligamentos anchos.

Ya indiqué antes que la aparición del dolor es tardía y suele coincidir con la propagación de la dolencia; puede aceptarse, como regla general, que cuando la enferma experimenta los dolores lancinantes, rebeldes y persistentes propios del cáncer, el parametrio está invadido, y conviene que la clase médica se convenza de ello, para que prescinda del dolor como síntoma del cáncer del útero. Es muy frecuente ver enfermas que refieren que hace ocho meses, por ejemplo, tienen metrorragias y leucorrea, pero que tan sólo hace un mes se les ha presentado un dolor mortificante hacia la fosa izquierda ó derecha; ello indica claramente una propagación. Sin embargo, no podrá con este solo síntoma sentarse el diagnóstico de propagación paramétrica.

El tacto vaginal ó vagino-rectal, hacia los lados, en la base de los ligamentos anchos, descubre en los casos de propagación paramétrica una induración que se extiende más ó menos y les quita elasticidad; esa induración forma á veces tumor, otras queda reducida tan sólo á una ligera infiltración que de los lados del cuello se extiende más ó menos afuera y arriba. Recuérdese, después de todo, que pueden existir propagaciones metastásicas que no se revelen á nuestra exploración y caben infiltraciones paramétricas flogísticas. Por eso Ricard, Wertheim y otros conceden importancia á la laparotomía como acto de exploración de la operabilidad del cáncer del útero.

La movilidad del útero tiene también importancia en el diagnóstico de las propagaciones; en un útero inmóvil con un cáncer del cuello puede asegurarse que está propagada la neoplasia; la infiltración neoplásica quita elasticidad á los tejidos invadidos, y por eso la movilidad del útero presenta distintos grados y formas en su alteración. A veces se encuentra un útero que desciende difícilmente y arrastra consigo los fondos de saco, produciendo la sensación de que tirasen de él hacia arriba; otras veces, cuando el fenómeno se hace más mani-

fiesto, es tan sólo uno de los ligamentos que le retiene y entonces se nota la resistencia de aquel lado, y que el útero se ladea en vez de obedecer á nuestras tracciones. Cuando el cáncer está adelantado é invadida toda la pelvis, el útero está casi inmóvil y á veces parece completamente anquilosado. La propagación por infiltración inmoviliza más el útero que la propagación por metástasis.

Diagnóstico diferencial.—El diagnóstico diferencial puramente clínico podrá presentar ciertas dificultades, aunque en contadas ocasiones. Pueden confundirse con el cáncer del cuello ciertas formas de metritis cervical y alguna vez un mioma vaginal esfacelado; su diferenciación, aun en el terreno puramente clínico, no suele ser difícil (véanse págs. 35 y 265), y en último resultado se recurre al examen histológico, que disipa toda duda.

Uno de los casos más difíciles, pero que raras veces se presenta, es el de un mioma intersticial de uno de los labios; su curso clínico, su consistencia y la delimitación fácil del mismo suelen distinguirlo del cáncer y evitar la confusión.

Algunos autores han señalado casos de diagnóstico difícil en los que el cuello estaba muy hipertrofiado, atribuyendo la hipertrofia á la existencia del cáncer. Más bien creo deben ser casos de hipertrofia primitiva del cuello con cáncer consecutivo; aunque es rara la coincidencia, he tenido ocasión de verla dos veces, pero el diagnóstico no presentó dificultad ninguna, pues no hay otra diferencia que el asiento de la neoplasia, en vez de ser en un cuello normal tiene lugar en un cuello hipertrófico.

Existen, aunque raras, verdaderas formas de hipertrofia poliposa quística del cuello, que pueden á simple vista simular un epiteloma excrecente; pero un examen detenido aleja toda sospecha, pues en estos casos no hay la induración, ni la friabilidad, ni la base dura de implantación, por lo que, como Riche-
lot (1), opino que algunos de los errores diagnósticos no debieran haberse cometido.

Existen luego una serie de formas raras de neoplasias malignas del cuello de carácter sarcomatoso unas, mixomatoso otras, algunas con estructura no bien determinada ó combinaciones de neoplasia epitelial con degeneración quística del cuello y que han sido descritas con nombres distintos: tales son los casos de Hein, Thiede, Winkel, Munde, Thomas, Spiegelberg, Pernice y otros, que si bien pudieron originar ciertas dudas, se trató al cabo de neoplasias malignas, la mayoría con recidivas y, por tanto, clínicamente verdaderos cánceres del cuello del útero, aunque, anatómicamente, se presten á confusión.

Alguna vez me ha sido difícil diagnosticar ciertas formas de inflamación de la mucosa vaginal, que extendiéndose hasta la porción vaginal del cuello, han formado en la superficie mucosa ulceraciones con tejido de granulación que sangra fácilmente al contacto; simulan estas lesiones un cáncer laminar: se distinguen, no obstante, por la falta de induración de la mucosa; sin embargo, hay formas de epiteloma muy superficiales y que interesan poco la mucosa, en que para establecer el diagnóstico debe recurrirse al examen histológico. No hace mucho tiempo, en un caso parecido creí, por la simple observa-

(1) *Loc. cit.*, pág. 236.

ción clínica, que se trataba de epiteloma laminar útero-vaginal por el gran número de pequeñas granulaciones que había en el cuello y fondos de saco; en la duda, lo sometí al examen histológico, que me demostró su naturaleza flogística; efectivamente, la curación se obtuvo por medios puramente tópicos.

Vese, pues, que para el diagnóstico diferencial el tacto y la observación clínica bastarán casi siempre, pero que en caso de duda, el único medio que nos sirve para el diagnóstico precoz, es el examen histológico.

CÁNCER DEL CUERPO.—Los tres síntomas propios del cáncer del cuello (hemorragia, leucorrea y dolor), se presentan también en el del cuerpo. El primero suele ser la metrorragia, que se presenta irregular y más ó menos continua, con intervalos en que queda la enferma libre de toda pérdida. Como esto ocurre muchas veces en la menopausia, cree la enferma en una reaparición menstrual. Las primeras metrorragias, por lo común, son poco abundantes y muy espaciadas: á veces cada tres y aun seis meses. Luego van haciéndose más frecuentes, hasta que á veces se hacen continuas para sostenerse de una manera fastidiosa, si no por su cantidad, por su persistencia y duración.

La leucorrea aparece bastante más tarde que las metrorragias, pero cuando se establece es para no desaparecer, y la enferma ve substituida su metrorragia por pérdidas blancas. Existe una gran diferencia entre la leucorrea del cáncer del cuello y la del cuerpo; así como ordinariamente la primera es fétida, la segunda lo es raras veces, y se comprende, porque al fin la fetidez es hija de los fenómenos de putrefacción y descomposición de las secreciones de la úlcera cancerosa, y este proceso, casi inevitable cuando el cáncer está en comunicación con la vagina, es muy raro cuando éste es intra-uterino, porque el cuello establece la valla de aislamiento. Aparte este carácter, la leucorrea es bastante clara y amarilla ó amarilla-sanguinolenta.

El dolor en el cáncer del cuerpo es un síntoma tan engañoso como en el del cuello. Muchas veces es bastante tardío en su aparición, y cuando se presenta no tiene la significación que en el caso anterior. Generalmente, el dolor es periódico en forma de crisis violentas, que aparecen á la misma hora, localizado en el útero, con irradiaciones lumbares que pueden extenderse á la fosa ilíaca y nervios crurales y ciáticos. El dolor en el cáncer del cuerpo suele ser debido á contracciones uterinas ó á neuritis propagadas, pero no supone, como para el cáncer del cuello, la propagación de la dolencia.

Tampoco para el cáncer del cuerpo bastan estos síntomas para sentar un diagnóstico, sino que se hace absolutamente precisa la exploración directa. Pero así como para la neoplasia del cuello un tacto vaginal bien practicado lo es todo, para la del cuerpo apenas sirve de nada; tan sólo nos suministra síntomas positivos cuando la neoplasia dilata el cuello y asoma por el hocico de tenca, ó bien éste es franqueable y nos permite llegar al orificio interno; por regla general, el cuello sano, tanto en su porción vaginal como en la supra-vaginal, no permite descubrir por el tacto hipertrofia ni induración ninguna.

Esta falta de síntomas por la exploración vaginal tiene su valor, pues tratándose, como se trata en estos casos, por regla general, de mujeres entradas en la menopausia hace tiempo, basta esta integridad del cuello para hacer sospechar que la neoplasia se encuentra en el cuerpo.

Recordando que el útero se hipertrofia con la existencia de una neoplasia intra-uterina, recurriremos á la exploración combinada, y si ella no basta, al histerómetro, para descubrir semejante hipertrofia. Más de una vez la exploración combinada me ha demostrado un aumento de volumen del cuerpo del útero, que, unido á metrorragias sostenidas en una mujer francamente menopáusica, me ha bastado para diagnosticar una neoplasia intra-uterina. A veces no es bastante el aumento de volumen del órgano para apreciarlo por la palpación combinada; ó la enferma no reúne condiciones para un buen examen, y entonces se comprueba con la introducción del histerómetro, que penetra 7, 8 y más centímetros; si recordamos que una mujer que lleve dos años de menopausia sufre una atrofia del útero, en el que apenas si llega el histerómetro á 6 centímetros, y encontramos más de 7 con existencia de hemorragias, el diagnóstico es también seguro. Además, provoca casi siempre metrorragias, algunas veces algo serias, y su paso por el interior del útero indica á veces á una mano experta que corre entre tejidos de superficie irregular y friables.

Nunca exijo otros síntomas para el diagnóstico de la neoplasia del cuerpo del útero: metrorragias con ó sin leucorrea ó dolor é hipertrofia del útero en una mujer que lleve dos años de menopausia, neoplasia maligna intra-uterina; de 20 veces, 19 se acertará en el diagnóstico, y en el otro caso se tratará asimismo de neoplasia intra-uterina, aunque quizás no maligna; muchas veces he sentado este diagnóstico sin un solo error.

Puede ocurrir, sin embargo, que la neoplasia sea bastante incipiente para no haber producido todavía la hipertrofia uterina, ó bien que la sospecha recaiga en una mujer en pleno período genital, á los cuarenta años, por ejemplo, ya que la neoplasia intra-uterina, con ser mucho más frecuente en la menopausia, no es exclusiva de la misma. Entonces es preciso, ya que es deber nuestro, á la menor sospecha, establecer con seguridad el diagnóstico precoz del cáncer, recurrir á otros medios de exploración; los únicos son el tacto intra-uterino y la cucharilla.

El tacto intra-uterino, en estos casos, tiene dos inconvenientes: exige la dilatación previa, lo que expone á hemorragias, y que el tacto no sea bastante eficaz, como, por ejemplo, en las formas difusas, y nos quede la duda; si hemos hecho el tacto y nos queda la duda, hagamos dentro del útero lo que recomendaba para el cuello, ó sea que la uña arrastre una porción de tejido.

Creo preferible, sin embargo, recurrir á la cucharilla; nada tan fácil ni tan inocuo como colocar, con las precauciones debidas, una valva, fijar el cuello é introducir dentro del útero una cucharilla de Sims, que se retira raspando la cara anterior en uno ó dos sitios; según el resultado de la primera tentativa, se reintroduce y se lleva á la cara posterior si de la anterior no sacamos algo que ya á simple vista nos ofrezca bastante garantía de poder hacer un buen examen histológico. Las tentativas pueden renovarse impunemente hasta que extraigamos un fragmento bastante grande para no dejar dudas; esto ocurre á veces al primer intento, pero en otras hay que renovarlo cuatro ó cinco, según el asiento y la extensión de la neoplasia. La hemorragia que se produce es insignificante y el peligro ninguno.

Aunque se ha discutido mucho acerca del valor de la cucharilla aplicada al diagnóstico diferencial y al diagnóstico precoz del cáncer del cuerpo del

útero, y á pesar de las dudas de una autoridad como Cornil, lo cierto es que es un medio eficaz y que nos sacará de dudas muchas veces, sobre todo cuando deseamos saber la naturaleza de la lesión en su principio. Puedo asegurar que gracias á la cucharilla he desechado algunas veces el diagnóstico de neoplasia maligna que no parecía dudoso, y en cambio, otras he podido sentar un diagnóstico precoz en casos al parecer inocentes.

Ya sé que es necesario tener muy en cuenta la histología normal de la mucosa intra-uterina, y que, sobre todo tratándose de adenomas, no existe acuerdo entre los autores para calificar un caso determinado, pero pienso que fijándose un poco en lo que he dicho al hablar de la anatomía patológica, las dudas desaparecerán.

El diagnóstico de las propagaciones tiene menos importancia para el cáncer del cuerpo que para el del cuello; ya he dicho que por rareza se encuentran en el cuello y en la vagina nuevas producciones que la exploración diagnóstica encontrará fácilmente.

La propagación del parametrio es difícil, y cuando ocurre, en vez de comenzar en la base del ligamento ancho, hacia los lados del cuello, como en el cáncer de esta región, comienza en la parte alta, difícil de explorar; como, por otra parte, el dolor no tiene en el cáncer del cuerpo la significación que en el cáncer del cuello, el único síntoma que nos manifiesta la invasión paramétrica, cuando existe, es la poca movilidad del útero. Cuando en el cáncer del cuerpo el útero está inmóvil, prueba que la dolencia está en un período muy adelantado.

En cambio, aunque raras veces, puede explorarse en estos casos la invasión ganglionar de la región inguinal; recuerdo dos casos, ya en período muy adelantado, en los que encontré ganglios infartados en la ingle, ambos del lado derecho, lo que me sirvió para no aconsejar la intervención.

La propagación peritoneal es muy difícil diagnosticarla; serán motivo de sospecha los dolores pungitivos y continuos y la induración ó infiltración que se nota al explorar el fondo de Douglas por el tacto combinado recto-vaginal.

La propagación á los anexos es también muy difícil de precisar, pues si bien por la persistencia de los dolores en la región de uno de los anexos y la exploración combinada podemos muchas veces asegurar que están invadidos, nada nos autorizará á sospechar si la anexitis existente es neoplásica ó flogística, siendo como es esta última frecuente en las neoplasias intra-uterinas. De aquí la importancia que tiene la laparotomía como acto de exploración en determinados casos de cáncer del cuerpo. Es mucho más difícil el diagnóstico de la propagación del cáncer del cuerpo que la del cáncer del cuello para sentar en él indicaciones; cuando para el primero podemos diagnosticarlas, suele ser en período muy adelantado, pero antes de llegar á tal punto, pueden existir, sin que nuestros medios de exploración nos permitan descubrirla.

Diagnóstico diferencial. — Las dificultades varían según que se trate de una enferma durante el período de vida genital ó de una mujer ya entrada en la menopausia.

Cuando se sospecha la existencia de un cáncer intra-uterino en enfermas que todavía menstrúan, puede confundirse con un mioma con endometritis, una

endometritis hemorrágica, un aborto con retención y una metritis hipertrófica de forma esclerósica. En la mayoría de estos casos es muy difícil, por no decir imposible, establecer el diagnóstico por la exploración usual. En todos ellos hay metrorragias irregulares, leucorrea y á menudo dolor, con la agravante de que á veces la leucorrea es fétida como cuando hay retención de secundinas con infección ó un mioma esfacelado.

Algunas veces la historia clínica de la enferma nos ilustrará, pero también en estos casos debe el ginecólogo ser desconfiado y pensar que pueden haber abortos en épocas de la vida y circunstancias sociales que obliguen al disimulo. Por dos veces he visto enfermas, de cuarenta y cinco años una y de cuarenta y seis la otra, con todo el cuadro de una neoplasia intra-uterina y el diagnóstico de algunos colegas. Ambas tenían metrorragias hacía cuatro ó cinco meses, y una de ellas leucorrea fétida; su estado social era incompatible con un embarazo; en una de ellas sospeché, por el estado del cuello del útero, algo blando y permeable, aunque no lo bastante para llegar á la cavidad, un aborto provocado. En el otro caso creí en una neoplasia intra-uterina, pero la cucharilla me sirvió para rectificar el diagnóstico y practicar un raspado en vez de una histerectomía.

Cuando los signos comunes de cada una de estas enfermedades nos dejen en la duda, hay que proceder á la exploración intra-uterina por el medio antes indicado de la cucharilla. Algunas veces habrá ventaja en dilatar el cuello y practicar el tacto intra-uterino, que á la vez que puede proporcionarnos datos de importancia nos permite aprovechar la dilatación para ciertas intervenciones.

Todas las enfermedades que pueden confundirse con el cáncer intra-uterino durante la vida genital de la mujer son susceptibles de un tratamiento conservador y no exigen una intervención mutilante, lo cual hace que no debemos contentarnos nunca con un diagnóstico aproximado y debemos formular un diagnóstico preciso. El único caso en que esto no tiene trascendencia es cuando se confunden con otra neoplasia maligna, como el sarcoma ó el deciduoma maligno, pues en ambos la deducción terapéutica sería igual.

El diagnóstico diferencial entre el cáncer del cuerpo del útero y otra neoplasia maligna intra-uterina, tampoco puede hacerse sin examen histológico.

De modo, que el empleo de la cucharilla es un medio usual é indispensable de diagnóstico diferencial para las lesiones intra-uterinas.

Cuando la mujer ha entrado en la menopausia, el diagnóstico diferencial es más claro, pues las metrorragias é hipertrofia del útero sólo pueden confundirse con un mioma que procediese de la época genital ó con un sarcoma. Cuando existiendo un mioma sobreviene la menopausia presentándose después metrorragias simulando una neoplasia maligna, probablemente ha degenerado y en la mucosa existe neoplasia maligna y, por tanto, no hay inconveniente en considerarlo como tal. Si es un sarcoma, clínicamente resulta también lo mismo, de modo que prácticamente puede darse el caso por resuelto y considerar siempre al útero en estas condiciones como afecto de neoplasia maligna.

Los casos difíciles son aquellos en que existen las metrorragias y la leucorrea, se trata de una menopáusica y no hay hipertrofia del útero. Es preciso re-

currir siempre, en tal contingencia, á la cucharilla, arrastrando fragmentos de mucosa de distintos sitios, y el microscopio se encargará de decir si se trata de una simple endometritis glandular (adenoma benigno de algunos autores alemanes) ó de un verdadero adenoma (adenoma maligno de los mismos autores) ó de un carcinoma glandular ó alveolar. Para estos dos últimos no hay dificultad, pues su estructura es bastante típica para no dejar dudas. Las dificultades en distinguir la endometritis glandular del adenoma existen por la dificultad que tienen los autores en ponerse de acuerdo de una parte, y de otra por la dificultad que los histólogos tienen en decir si se trata de una hipertrofia é hiperplasia glandular típica ó atípica: la primera es endometrítica, la segunda es neoplásica. De aquí la conveniencia de sacar fragmentes lo más grandes posible para poder apreciar bien la forma de conjunto de las glándulas en estos casos, pues en ello se funda el diagnóstico, ya que ningún síntoma permite distinguir en plena menopausia una endometritis glandular de un epiteloma ó adenoma incipiente. Recordando lo que he dicho sobre la anatomía patológica, podrá diferenciarse el adenoma de la endometritis, pero se comprende que en algunos casos sea difícil la interpretación de las preparaciones por presentarse endometritis muy glandulares y adenomas poco atípicos; en estos casos conviene repetir las preparaciones y se logra vencer la dificultad.

Curso, complicaciones y pronóstico. — El cáncer del útero es una enfermedad eminentemente progresiva, y pueden distinguirse, desde su comienzo hasta su terminación, tres períodos: el primero, incipiente ó de localización; el segundo, de estado ó de propagación, y el tercero de caquexia ó de generalización.

El *primer período, incipiente ó de localización*, tiene una duración variable muy difícil de apreciar, porque en su comienzo el cáncer apenas produce síntoma ninguno, y si se descubre es por casualidad; ya más tarde, cuando la neoplasia se ulcera y empiezan las hemorragias y la leucorrea, se da á conocer, pero ignorando el tiempo que hace que se inició la formación neoplásica.

Ese primer período de localización debe entenderse en el sentido puramente clínico, pues sin duda hay cánceres que antes de ulcerarse ya presentan metástasis paramétricas ó ganglionares que nuestro examen no puede apreciar, y otros que en pleno período de ulceración todavía no han producido tales metástasis; de ello resulta que en la práctica ambos períodos se imbrican, de manera que es imposible dilucidar en un caso dado si ha comenzado ó no el período de propagación. En tanto no dispongamos de medios para esclarecer este punto, hemos de contentarnos con aceptar que el primer período, ó de localización, dura en tanto nuestro examen no puede descubrir las huellas de la propagación.

Así comprendido este período, es sumamente variable para cada caso, y no cabe asignarle una duración determinada, pues vemos casos en los que al comparecer la enferma á la consulta por los primeros síntomas, ya la encontramos en el segundo período con propagaciones manifiestas, y otros en los que por su duración y fenómenos actuales es de sospechar la propagación, y el examen clínico no descubre síntomas de la misma.

Por regla general, marca el final del primer período la aparición de los dolores; pero habida cuenta que hay cánceres indolores en todos sus períodos, no basta la ausencia de dicho síntoma para creer que todavía está el cáncer en el primer período.

Si, como término medio, queríamos señalar una duración á ese período de localización, podríamos decir que es de cuatro á seis meses, recordando, sin embargo, que hay casos en que todavía es más corto y otros en los que se prolonga extraordinariamente.

Las circunstancias que más influyen en modificar esa duración son la edad, la topografía de la neoplasia y el embarazo. Cuanto más joven es una cancerosa, tanto más se precipitan sus períodos y tiene el cáncer una marcha más aguda; en las mujeres viejas se prolonga bastante la duración del primer período, pudiendo alcanzar uno y dos años. Los cánceres de la porción vaginal permanecen localizados más tiempo que los de la porción cervical, y los del cuerpo son los que presentan ese período más duradero, no siendo del todo raro encontrar neoplasias intra-uterinas malignas perfectamente localizadas después que hace dos y tres años que han dado señales de su existencia. El embarazo es una de las condiciones que más precipita la evolución espontánea del cáncer.

El *segundo período, período de estado ó de propagación*, se caracteriza por la invasión de los tejidos y órganos vecinos por la neoplasia. A la vez ésta se ulcera y aparecen los dolores; cierto que algunas veces se encuentra un cáncer larvado sin metrorragias, leucorrea ni dolores que ha invadido ya las regiones vecinas, pero esto es una excepción.

Ese período de estado tiene, como el anterior, una duración muy variable, y durante el mismo se desarrolla todo el cuadro clínico de la enfermedad con la rebeldía y persistencia propias de esta dolencia.

Es tanto más variable este período en su duración en cuanto el paso de éste al período final se marca más por los efectos que la neoplasia produce en el organismo en general que por los progresos locales de la dolencia. Se ven enfermas que en pleno período de estado, con metrorragias frecuentes y abundantes, leucorrea persistente y manifestaciones dolorosas intensas, conservan un estado general excelente, su tubo digestivo funciona bien, la anemia no hace presa en ellas, el aparato urinario no sufre alteraciones, y así persisten durante bastante tiempo á pesar de que al examinarlas encontramos una neoplasia completamente propagada. En cambio, otras toleran muy mal la presencia de la neoplasia, y bien pronto la anemia, la inapetencia, el insomnio y algunos fenómenos urinarios inician el cuadro del tercer período, á pesar de que al examinar el estado local encontramos una neoplasia que todavía puede calificarse de localizada.

Puede decirse que marca la terminación de este segundo período la tolerancia del organismo para la neoplasia. La edad modifica también la duración de este segundo período en beneficio de las mujeres entradas en años; en cambio, la localización pierde entonces sus fueros, y una vez declarada la propagación, progresan por igual los cánceres que empezaron en la porción vaginal y en el cuerpo del útero que los de la cavidad cervical.

Durante este período podríamos decir que la enfermedad está localizada en la pelvis, con síntomas más ó menos intensos, mientras que el período anterior podríamos decir que está localizado en el útero.

La duración del período de estado es tan variable como la del período incipiente, y podríamos asignarle una duración variable entre seis y doce meses, con bastantes excepciones en menos y en más.

El *tercer período de generalización, de caquexia*, y que también podríamos llamar *de destrucción*, es el período final de la dolencia. Se marca por fenómenos locales y generales: los primeros preceden casi siempre á los segundos, si bien algunas veces éstos preceden á aquéllos de muy poco tiempo.

Las modificaciones generales que marcan el período final ó de caquexia están caracterizadas principalmente por dos fenómenos: la anemia y la intoxicación, que imprimen al organismo un sello especial. La anemia es sostenida y progresiva, hija de las metrorragias existentes, y produce en la piel y las mucosas un color pálido bien característico; pero ese color pálido no es de las anemias simples, como las producidas por los miomas, sino el de una anemia perniciosa, y por eso el color es pálido-terroso y el tacto de la piel sumamente característico, pues ésta se presenta enjuta, seca, sin tejido celular y habiendo perdido su elasticidad; ese sello especial de la anemia cancerosa que caracteriza el aspecto caquéctico de las enfermas, debe ponerse en la cuenta, no de la anemia únicamente, sino de la intoxicación del organismo. La intoxicación tiene distintos orígenes: probablemente influye en parte la reabsorción digestiva (*coprohemía* de Barnes), ya que las cancerosas suelen sufrir estreñimiento pertinaz; la uremia crónica existe con frecuencia en tales enfermas, al llegar al tercer período, por la compresión de los uréteres, y finalmente, la reabsorción de productos tóxicos ó sépticos que tiene lugar en la superficie ulcerada del cáncer.

Consecuencia de este estado de toxemia y de los dolores y molestias continuas, el aparato digestivo se altera profundamente, sobreviene inapetencia pertinaz, estreñimiento rebelde por regla general, algunas veces diarrea. Las funciones digestivas se realizan mal, contribuyendo á ello la alteración del hígado, que no puede soportar la toxemia existente y entra fácilmente en degeneración grasosa.

El enflaquecimiento rápido y progresivo es uno de los fenómenos más característicos de la neoplasia cancerosa uterina, pudiéndose afirmar que no comienza verdaderamente el tercer período hasta que se ha iniciado la desnutrición, y aun más: existen grandes probabilidades de que el período de estado ó de propagación no está muy adelantado en tanto la enferma conserva su gordura.

Los fenómenos locales del período de caquexia son los que justifican la denominación de período destructivo, pues se caracterizan por la invasión de la neoplasia hacia la vejiga y el recto y la aparición de fístulas urinarias ó fecales, ó bien la propagación al peritoneo y la presentación de fenómenos peritoníticos agudos ó crónicos, según los casos.

A todas estas alteraciones propias del curso espontáneo del cáncer, hay que añadir las metástasis viscerales que se presentan algunas veces en el hígado, pleura, pulmones y riñones, lo que justifica la denominación de período de generalización que algunos le dan.

También este período es bastante variable en su duración; de tres á seis meses se prolonga en la mayoría de casos, con excepciones, pues en algunos es casi galopante, sobre todo en mujeres jóvenes, y en otros tiene una duración

excesiva, casi incomprensible, correspondiendo siempre estos casos á mujeres viejas.

La terminación de este período es siempre la misma, con la particularidad de que algunos síntomas sufren, por regla general, una remisión bastante acentuada; las hemorragias y los dolores disminuyen notablemente y llegan á desaparecer antes de la muerte de la enferma, sobre todo cuando ocurre por determinado mecanismo.

La muerte de la enferma tiene lugar: por agotamiento ó marasmo, por septicemia, por uremia, por anuria, por peritonitis, por hemorragia, por embolia ó trombosis.

La muerte por *agotamiento ó marasmo* es el tipo de la muerte por cáncer; todas las funciones se van apagando lentamente; en esta forma de muerte es en la que se observa siempre la remisión y desaparición de los síntomas locales. Tiene lugar de una manera lenta, con inhibición gradual de todas las funciones, incluso las cerebrales, hasta que la vida se agota en un verdadero marasmo, con indiferencia absoluta de la enferma, verdadero coma que precede de uno ó varios días á la terminación fatal.

La *septicemia* crónica existe siempre en más ó menos grado en el cáncer del útero en forma de intoxicación, pero ésta no precipita la muerte de la enferma sino que constituye uno de los elementos para la terminación por agotamiento. Pero á veces se declara una septicemia aguda por reabsorción de elementos microbianos sépticos en la región de la neoplasia con todos los fenómenos generales de una septicemia; no es muy frecuente y puede aparecer en cualquier momento del tercer período, muriendo la enferma en tres ó cuatro semanas, cuando sin su aparición habría durado todavía bastante.

La *uremia* es un fenómeno muy frecuente en el cáncer del útero, aunque muchas veces completamente silenciosa, sin fenómeno visible que la exteriorice: es uno de los elementos de la caquexia. Algunas veces, sin embargo, se presenta en forma aguda, con trastornos cerebrales, vómitos, intolerancia gástrica absoluta, hipotermia y coma, como algunas convulsiones como final, no siendo imposible que se presenten verdaderos fenómenos eclámpsicos, como algunos han podido observar. La uremia suele tener como precedente la poliuria bastante intensa, y es debida á las alteraciones renales antes indicadas como propias del cáncer del útero.

La *anuria* se presenta en cualquier momento del tercer período, y aun puede presentarse en pleno período de estado. Algunas veces se presenta en casos en que el cáncer no se había diagnosticado, pero que existía en forma larvada. Debove, Deyfus-Brissac y otros han dado á conocer casos de esta índole; yo he visto un caso típico que me llevó al diagnóstico de un cáncer completamente propagado á ambos parametrios sin que la enferma hubiese sospechado ninguna lesión genital. La anuria generalmente es fatal: tolerada durante algunos días sin grandes fenómenos (en la enferma que he referido duró la tolerancia veintidós días), acaba estallando el coma urémico, en el que muere la enferma. Alguna vez, aunque pocas, la anuria es intermitente y se restablece la secreción urinaria por unos días para suprimirse nuevamente y acabar por producir la muerte.

La *peritonitis* puede presentarse como complicación en el curso del cáncer

uterino, adoptando una marcha sub-aguda ó crónica que comunica un curso más rápido á la afección y precipita el fin de la enferma. Algunas veces se presenta la peritonitis aguda por perforación y caída de productos cancerosos en la gran serosa, muriendo la enferma en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas. Sin embargo, esta terminación es bastante rara, porque en general se establecen adherencias que impiden la irrupción peritoneal.

Las *hemorragias* pueden, indudablemente, producir la muerte; se comprende que cuando una enferma ya anémica por hemorragias anteriores sufre una nueva, porque la neoplasia ha destruído la uterina ó alguna colateral de cierta importancia, la muerte puede sobrevenir con cierta rapidez.

La *embolia*, aunque rara, se presenta en la neoplasia maligna del útero como en las de otra región. Las venas próximas á las regiones neoplásicas están trombosadas, y alguna vez ocurre que se desprenden algunos de estos trombos produciendo una embolia pulmonar más ó menos grave y repentina, ó una embolia cerebral que puede ocasionar una muerte rápida.

La duración total del cáncer del útero es, como se vé, sumamente variable. Simpson le señala una duración de dos á dos y medio años desde el momento en que es reconocido; Gusserow y Schröder, un año á año y medio; Arnott, un año para las formas infiltradas ó carcinomatosas y año y medio para las excrecentes ó epiteliomatosas. Realmente la generalidad duran de año á año y medio desde el momento en que se establece el diagnóstico; hay numerosas excepciones, que se comprenden por lo que dejo indicado; he visto á una mujer de treinta y un años morir á los cinco meses de establecido el diagnóstico, y otra, artista célebre en el arte lírico, morir á los setenta y ocho después de llevar diagnosticado un cáncer uterino hacia trece años.

Merecen tenerse en cuenta ciertas complicaciones que pueden modificar el curso del cáncer del útero: son los *miomas*, el *embarazo* y la *obturación del conducto cervical*.

Los *miomas* casi no deben considerarse como complicación del cáncer, porque existen ya cuando aparece éste, y los que quizás puedan desarrollarse en el curso de una neoplasia epitelial no llegan á tener importancia (véase página 278). Sin duda que el cáncer, coincidiendo con un mioma, ofrece una marcha más rápida, porque á los síntomas del uno se juntan los del otro, y son más fáciles las complicaciones. Pero la coexistencia de tales dolencias no modifica ninguno de los conceptos antes expuestos.

El *embarazo*, sin ser muy frecuente, se presenta algunas veces, tratándose siempre, cuando ocurre tal contingencia, de cánceres del cuello. Estos estados se conllevan mal. Aunque Pinard concede poca importancia al efecto del embarazo sobre el cáncer, es lo positivo que su curso resulta acelerado, y que tanto el aborto como el parto pueden producir accidentes gravísimos y aun mortales: el aborto con grandes hemorragias é infecciones facilísimas de desarrollarse, y el parto produciendo desgarros del cuello y roturas del útero, aparte de la infección subsiguiente, casi de rigor después de un parto en una cancerosa. Cohns-tein ha reunido 47 partos espontáneos en cancerosas, de las que 12 murieron de ruptura uterina y 3 de desgarró del cuello. El producto de la concepción no sufre menos cuando asienta en un útero canceroso, pues son muchos los embarazos en tales condiciones que terminan por aborto: la mayoría en el primer

trimestre y otros en el segundo; aun los que llegan al tercer trimestre pueden nacer prematuramente. En la facilidad con que sobreviene el aborto se fundan los que al tratar del cáncer del útero quieren hacer caso omiso de la vida del feto para sentar bases del tratamiento, según veremos más adelante.

La *obturación del conducto cervical* es una contingencia que, aunque remota, debe el ginecólogo contar con ella, porque da lugar á fenómenos raros que deben tenerse en cuenta. Ocurre esta obliteración en ciertas formas de cáncer cervical, y puede tener por origen la compresión mutua de masas neoplásicas, hecho el más frecuente, ó un trabajo de cicatrización alrededor de la neoplasia, pudiendo ésta quedar por dentro hacia el útero ó por fuera de la zona de cicatrización.

Cuando sobreviene la obliteración, se producen fenómenos de retención enteramente parecidos á los ya estudiados (1), sólo que raras veces es una hematometra la que se desarrolla, y sí una piometra ó una fisometra. Cuando ocurre esta obturación, se presentan todos los síntomas de retención uterina, dilatándose el cuerpo del útero y presentando todas las señales de la retención; puede el cuerpo del útero presentar volúmenes variables, hasta un embarazo de cuatro meses (2). El diagnóstico no es difícil generalmente, porque el tacto vaginal descubre la lesión del cuello originaria del accidente y la palpación combinada descubre un útero más ó menos voluminoso, mate si contiene pus ó sangre, y sonoro si contiene gases; la dificultad diagnóstica será entre un embarazo y una hematometra ó piometra; no hay exploración capaz de establecer este diagnóstico diferencial; sólo podemos y debemos inclinarnos á un embarazo, porque éste es relativamente más frecuente en el curso del cáncer del útero que la obliteración del conducto cervical.

Cuando la obliteración tiene lugar por debajo de la neoplasia y ésta queda oculta dentro del útero, las dificultades son grandísimas y el diagnóstico muy difícil. Hace algunos años vi una enferma quien me refirió que era múltipara, que hacía un año había tenido algunas metrorragias y leucorrea sin dolor ninguno, y creía estar embarazada por el aumento de volumen del vientre, pero le parecía un embarazo distinto de los otros, que siendo de cinco meses lo encontraba poco desarrollado, y además sufría dolores insoportables que en ningún embarazo anterior había presentado. La exploración me demostró un cuello al parecer sano, aunque indurado, con el hocico de tenca impermeable al dedo. La palpación combinada descubrió un útero como de cuatro meses escasos, mate, tenso, resistente y doloroso; en la enferma no se apreciaba otro síntoma que el color caquético; tras unos días de observación, encontrando siempre el mismo cuadro con agravación del estado general, creí en un embarazo con feto muerto y retención del mismo. Entonces apliqué el histerómetro y descubrí la obturación; practiqué al través del cuello una punción y salió un líquido hematopurulento; dilaté el cuello con laminarias hasta introducir el dedo y descubrí la neoplasia á partir de la obturación. La enferma se alivió de sus molestias, pero el curso de la neoplasia fué rápido y no creí que pudiera aplicar un tratamiento radical. Es raro que se junten tantas dificultades como en este caso, pero la

(1) Véase pág. 124.

(2) KELLY: *Operative Gynecology*, tomo I, pág. 553.

contingencia de una obliteración cervical debe estar siempre presente en el ánimo del ginecólogo para evitar errores y sacar para el tratamiento ciertas indicaciones útiles.

El *pronóstico* es desgraciadamente demasiado fácil: siempre mortal, abandonada la dolencia á su curso espontáneo; no registra la ciencia un solo caso de curación espontánea de cáncer del útero en que el diagnóstico esté debidamente comprobado. Más ó menos insidiosa la dolencia en su curso y en sus manifestaciones, no se le conoce otra terminación; ni siquiera períodos de calma y de detención en su marcha podemos esperar para aliviar el pronóstico en algunos casos.

Tratamiento.—Establecido el diagnóstico del cáncer del útero, el pronóstico es siempre el mismo; nada podemos esperar de la evolución espontánea ni de accidentes y complicaciones; todo lo que puede ocurrir será para precipitar el fin de la enferma, nunca para detener los progresos de la dolencia.

Desgraciadamente han resultado inútiles todos los medios propuestos y que hacían concebir alguna esperanza: los diferentes sueros, la tripsina, los fermentos glicolíticos, la Röntgenterapia, y la Radioterapia han fracasado por completo contra el cáncer del útero; la *electro-coagulación* está en ensayo y aunque parte de un principio nuevo (penetración gradual del calor á distintas profundidades) digno de estudio y su autor Doyen, da la cosa como resuelta á favor de su método, la experiencia ha de demostrar su eficacia: es un medio que me propongo ensayar, aunque *a priori* creo que en determinados casos no puede compararse con la intervención quirúrgica. A pesar de todos los tratamientos propuestos, hoy por hoy, la intervención quirúrgica es la única que conserva sus prerrogativas y que ha demostrado que puede obtener una curación radical, si bien el número de casos en que logra su objeto sea reducido y muchos los fracasos que la acompañan.

Puede decirse que hace treinta años está entablada la lucha formalmente, pues en 1878 propone Schröder la amputación supravaginal del cuello, Freund la histerectomía abdominal y Czerny la histerectomía vaginal; prescindo de detalles históricos, pues una operación suelta, si es para su autor un gran mérito, no puede considerarse como un medio corriente de tratamiento. Las tres operaciones indicadas de Schröder, Freund y Czerny se vulgarizaron y generalizaron, y hoy son centenares y miles de casos que hay reunidos y pueden servir para sentar doctrina. El material reunido antes de esa época tiene escaso valor, y no debemos contar con él para resolver el problema.

En 1902, Japp Sinclair, en su trabajo sobre el carcinoma del cuello del útero leído en el LXX Congreso de la *British medical Association* celebrado en Manchester en el mes de Agosto, declaraba la bancarrota de la histerectomía vaginal ó abdominal, que tantas esperanzas hiciera concebir, contra el cáncer del útero, diciendo: «somos impotentes contra las recidivas y los casos inoperables, aun tan numerosos.»

Sería verdaderamente desconsolador que fuese exacto juicio tan severo, y el trabajo incesante, la inventiva fecunda y los progresos maravillosos que centenares de ginecólogos de todos los países han aportado al tratamiento quirúrgico del cáncer del útero, hubiese tenido por resultado un éxito completamente nulo.

Ciertamente que cuando aparecieron viables y al alcance de la generalidad de ginecólogos, operaciones como la histerectomía abdominal ó vaginal, hubo un momento de deslumbradora esperanza, y se creyó que la curación del cáncer del útero era un hecho adquirido, y que el triunfo de la ciencia sería un hecho en la mayoría de casos.

Pero si nos colocamos en el segundo tercio del siglo pasado y comparamos lo que entonces se lograba con lo que hoy se obtiene, el más pesimista tendrá que declarar que el progreso es enorme y digno de admiración.

Si nos fijamos desapasionadamente en los resultados obtenidos, veremos que se han demostrado dos casos: 1.º Que la *curabilidad* del cáncer del útero es un hecho positivo y definitivamente demostrado por la ciencia. 2.º Que la *curación* del cáncer del útero es difícil y muchas veces ilusoria.

Veamos cómo se ha demostrado la curabilidad del cáncer del útero y tomemos los datos de la luminosa discusión que tuvo lugar en el Congreso de Roma de 1902 sobre el tratamiento de dicha dolencia.

Desde el año 1878 al 1902, el concepto formado ha sido muy distinto: primeramente se aceptaba que después de dos años podía considerarse como curada la enferma operada de histerectomía por cáncer; después se alargó el plazo á tres años; viendo que después de este plazo las recidivas menudeaban, se alargó á cinco, y al señalar Winter este plazo ha sido aceptado por la mayoría, pero los más pesimistas dicen que no hay plazo para la recidiva, y así Pozzi, en su ponencia, dice que *no puede fiarse mucho en la curación definitiva del cáncer uterino, puesto que se han visto sobrevenir recidivas después de seis, siete y ocho años de curación aparente. Debemos, por lo tanto, hablar de SUPERVIVENCIAS PROLONGADAS*. Freund, en su ponencia, dice: *dos casos que he tenido que operar me han demostrado que la curación definitiva existe*; en seguida relata los dos casos de una señora de Breslau y otra de Francfort, operadas hace veinticuatro años, con la particularidad de que la segunda fué operada de histerectomía á consecuencia de una recidiva, después de una amputación del cuello; las dos viven sin padecer cáncer.

He aquí las estadísticas que recopila Pozzi, pareciéndole los resultados tan extraordinarios, que llega á dudar de una buena interpretación diagnóstica.

Leopold, de Dresde, entre 45 cánceres del cuello, al cabo de cinco años cuenta 21 sin recidiva.

Landau, de Berlín, de 50 casos tiene 10 sin recidiva á los cinco años.

Sweifel, de Leipzig, publica la siguiente estadística: 225 intervenciones vaginales; 15 defunciones operatorias. De las 210 se descuentan 78, de las que no se tiene noticia, y quedan 132, que han sido vistas y examinadas, y de ellas 85 sin recidiva; de estas 85 hay que restar 52 que no tienen recidiva, pero no alcanzan todavía los cinco años de operadas, y quedan, por tanto, 33 entre 225 que, seguramente, no tienen recidiva después de los cinco, y estas 33 llevan una fecha de operación variable entre seis y doce años, figurando cuatro que proceden de esta última fecha.

Winter, de Konisberg, en una estadística de 300 histerectomías vaginales, procedentes de diferentes cirujanos, encuentra 69 casos que á los cinco años no tienen recidiva, siendo la fecha de la operación variable entre seis y catorce años.

Pfannensteil, de Breslau, publica la estadística íntegra de los casos operados por Fritchs: de 225, un 36 por 100 no tenían recidiva al cabo de cinco años.

De Ott, de San Petersburgo, presentó en el Congreso de París de 1900 una estadística de 1.000 casos de diferentes cirujanos rusos con 12 por 100 sin recidiva al cabo de cinco años.

En Francia, las estadísticas de Pozzi, Bouilly, Delbeuf, Terrier y Hartman, Ricard y otros no son tan elocuentes como las anteriores, pero no faltan casos de larga fecha sin recidiva; así Pozzi cita uno de doce años y otro de seis; Richelot varios entre seis y catorce.

Gutiérrez, de Madrid, en el Congreso hispano-portugués de Cirugía, presentó su estadística de 44 operadas, de las cuales una llevaba diez años, 4 llevaban ocho, 3 desde siete y otras 3 desde cinco sin recidiva.

Mis resultados personales, incompletos por desconocer el estado actual de bastantes de mis operadas, son suficientes para demostrar la curabilidad del cáncer del útero: la estadística alcanza á 1.º de Enero de 1910.

Operaciones por la vía vaginal: 97, con 8 defunciones; de las 89 curadas de la operación viven actualmente 31: de éstas han de descontarse 17 que llevan menos de dos años de operadas; de las 14 restantes una lleva 15 años sin recidiva, 7 más de cinco años y las otras 6 más de tres.

Operaciones por la vía abdominal: 62, con 9 defunciones; de éstas 42 con histerectomía abdominal y exéresis regional y 20 histerectomía abdominal simple. Descontando 9 defunciones, quedan 53, de las que 25 cuentan menos de dos años. De las 28 restantes, viven 15 que llevan más de cinco años: casi todas pertenecen á cánceres del cuerpo. Las 13 restantes llevan menos de 5 años: algunas pertenecen al cuerpo y otras al cuello; viven actualmente 7.

Podría llenar páginas de estadísticas, pero las apuntadas bastan para demostrar la curabilidad del cáncer del útero. Si queremos ser más rigurosos y llevar á diez años el período de tiempo necesario sin recidiva para aceptar la curación definitiva, como indica Winter que quizás podría hacerse (entre mis observaciones figura una recidiva á los 9 años y otra á los diez de practicada la histerectomía vaginal, y conozco un caso del Dr. Cardenal en el que, y en análogas condiciones, sobrevino á los 18), ya hoy existen bastante número de casos bien comprobados é indiscutibles para demostrar que la intervención quirúrgica puede alcanzar esa curación, y dejar, por tanto, fuera de discusión la *curabilidad* del cáncer del útero.

Sin embargo, esta curabilidad que hoy nadie discute en principio, es en la práctica muy rara y difícil de obtener hasta el punto que casi justifica la desconfianza que á algunos inspira y el anatema que pretenden echarle, considerando el cáncer del útero como un *nolli me tangere*.

En buena lógica lo que importa es estudiar en qué casos se obtiene la curación y qué circunstancias han de concurrir para que no resulte ilusoria con tanta frecuencia. Y á poco que nos fijemos en el parecer unánime de todos los autores que han llevado y llevan parte activa en la contienda, sin citar ninguno, porque la uniformidad de criterio es absoluta, veremos que todos opinan que la circunstancia más favorable para un éxito definitivo es que la operación sea *precoz*. Otra circunstancia discutida y en la que abundan los pareceres, consiste en la manera de llevar á cabo la intervención, pues si en el fondo hay unanimi-

dad de criterio, no así en los detalles; todos convienen en que la operación debe ser lo más completa posible, no lográndose la curación definitiva más que en los casos de *extirpación total de la neoplasia y de sus propagaciones*.

Tanto es cierto que la operación precoz es una condición de éxito, que al tratar de sentar indicaciones se acepta por todos que existen casos inoperables, porque de antemano es segura la ineficacia de la intervención. Recordando cuanto hemos dicho acerca los distintos mecanismos de propagación de la neoplasia, se comprende que ésta tiene un momento en que la propagación no existe, que está localizada y acantonada en su foco primitivo; la intervención realizada durante este período es cuando es eficaz. Lo difícil es descubrir la neoplasia en tales condiciones y para ello importa que la clase médica, por una parte, se convenza de la curabilidad del cáncer del útero para que comprenda la gran responsabilidad que le cabe si por cualquier motivo pierde la contingencia de establecer un diagnóstico oportuno, y de otra, convencer á las enfermas de que la neoplasia uterina maligna no es fatalmente incurable. Desterremos del vulgo, comenzando por desterrar de la clase médica las discusiones estériles acerca de si la enfermedad es humoral ó diatésica ó parasitaria; esperemos la solución que el tiempo nos dará, y en tanto atengámonos á los hechos brutos con un criterio puramente empírico; ellos son más elocuentes y convincentes que toda teoría.

Una prueba de ello la tenemos en el optimismo que domina entre los autores alemanes y el pesimismo que se nota entre los franceses. En Alemania tienen una organización científica muy superior á Francia, y el vulgo, por tanto, siguiendo la corriente, se amolda más á las exigencias de la práctica ginecológica. Olshausen dice haber encontrado en Berlín, en estos últimos tiempos, un 46 por 100 de casos operables; es una de las mayores proporciones, lo que indica que el público aprecia cada día más en provecho propio los adelantos de la ciencia. El ejemplo más convincente nos lo ofrece Winter, en Konisberg: lleva dicho ginecólogo una campaña sobre este punto parecida á la que en todas partes se lleva contra la tuberculosis; no sólo en publicaciones científicas, sino en periódicos locales previene al público sobre la necesidad de un diagnóstico precoz, y así ha logrado que, en el último año, de 84 casos de cáncer del útero, 60, ó sea un 75 por 100, fuesen todavía operables. Bastan estas cifras para dar una idea de la diferencia que existe entre aquellos países y otros como Francia, en que el número es mucho menor, pues Bouilly lo fijaba en un 10 á 15 por 100. De 1903 á 1906 vi 220 enfermas de cáncer del útero. De ellas 25 eran operables, y operé 19 (1), lo que da una operabilidad de 11 por 100. Dividiendo, como haré más adelante, los cánceres del útero en unos que *deben* operarse, otros que *pueden* operarse y un tercer grupo que *no deben* operarse, de los 220 figuran 3 en el primero, 22 en el segundo y 195 en el tercero.

Esta pequeña estadística demuestra el estado en que se halla la cuestión en nuestro país; no dudo que cambiará y que dentro unos años podremos hacer algo parecido á lo que se hace en Alemania. La lucha contra el cáncer del útero, comenzada por Winter y seguida por Doderlein, Kronig, Bumm y otros

(1) Véase *La lucha contra el cáncer del útero*, discurso de turno en la Real Academia de Medicina.— Enero de 1907, pág. 22.

ha dado en Alemania magníficos resultados, y hoy alcanzan operabilidades de 50, 60 y 75 por 100. La base de esta lucha debe descansar en la persuasión de que el cáncer del útero es curable y en un diagnóstico precoz, en el que muchas veces debe intervenir el microscopio. En mi trabajo citado ponía á disposición de la clase médica el laboratorio de mi clínica privada para cualquier caso de diagnóstico dudoso: hoy puedo ofrecerles el laboratorio anexo á mi Clínica oficial de la Facultad de Medicina en el Hospital Clínico. Ciertamente que no se necesita gran destreza para tactar un cuello fungoso, arrastrar una pequeña fungosidad, ponerla en alcohol y mandarla á un histólogo para el diagnóstico: para esto pongo á disposición de todos los colegas el laboratorio de la Clínica oficial. Piensen los médicos y comadronas en la responsabilidad que contraen no esforzándose en hacer un diagnóstico precoz, y, al contrario, en la gloria que pueden conquistar, influyendo con su conducta en que la curabilidad del cáncer del útero, en vez de una rareza, pueda convertirse en un hecho frecuente.

Otro hecho absolutamente indiscutible da razón á esta manera de ver las cosas. El cáncer del cuerpo produce muchas más curaciones definitivas que el del cuello; así De Ott, en su estadística, encuentra para el cáncer del cuello un 30 por 100 sin recidiva á los cinco años, y para el del cuerpo un 53 por 100. Pfannestiel, Schauta, Richelot, todos los autores, conceden y encuentran una gran benignidad para el cáncer del cuerpo y un gran número de curaciones definitivas, y sin embargo la enfermedad es la misma, tan implacable como el del cuello, pero con la diferencia que el período de localización es mucho más largo, y por tanto con mayor facilidad llega á intervenir el ginecólogo dentro de dicho período.

La curabilidad, por tanto, del cáncer del útero depende del diagnóstico (1) é intervención precoces.

Se creyó al principio que la histerectomía abdominal ó vaginal, y aun la amputación del cuello, constituía el *desideratum* como tratamiento radical del cáncer del útero. Realmente así sería si pudiésemos operar todos los casos en el período abonado, pero dada esta dificultad, ó mejor imposibilidad, y el conocimiento que ha ido adquiriéndose de la manera de propagarse el cáncer del útero, según queda expuesto en el capítulo de anatomía patológica, algunos ginecólogos han intentado suplir la falta de oportunidad operatoria con métodos quirúrgicos que tienen por objeto extirpar el órgano y las propagaciones de la dolencia á la vagina, parametrio y aun á los ganglios; quien se contenta con extirpar estos tejidos cuando le parecen atacados, quien, más optimista en la curación del cáncer, quiere que se extirpen siempre por si estuviesen invadidos sin parecerlo, aplicando al cáncer del útero lo que se hace con el cáncer de la mama ó sea una exéresis regional.

La simple histerectomía abdominal ó vaginal no bastan para los casos en que existe ó se sospecha la propagación; éstas son ya viables y aceptadas universalmente, pero con los resultados defectuosos que antes he apuntado. De ocho á diez años á esta parte, Kelly, Cullen, Sampson, Ries y otros entre los anglo-sajones; Jacobs, en Bélgica; Ricard, Legueux, Boursier, Richelot y algunos otros, en Francia; Peiser, Jonnesco, Makenrodt, Schuckard, Wertheim,

(1) Véase pág. 370.

Freund, Fritchs y muchos más allende el Rhin, se han esforzado para hacer viable la histerectomía con exéresis regional, la inmensa mayoría por la vía abdominal, algunos, como Dursen, Lebeuf, Schuckard y algún otro, por la vía vaginal. Hoy la operación es viable, aunque con una gravedad superior á la que estamos acostumbrados para las operaciones de laparotomía, que al fin es la vía que se ha impuesto. El pleito está planteado, y si para saber el valor de la histerectomía hemos necesitado que transcurrieran cinco lustros, para saber la ventaja que pueda reportar la histerectomía con exeresis regional necesitamos que transcurran lo menos tres.

Actualmente los resultados inclinan hacia la histerectomía abdominal, procedimiento Wertheim: en la obra de Doderlein y Kronig (1) hay datos estadísticos bastantes para demostrar las ventajas de la operación de Wertheim, comparados con los de la histerectomía vaginal:

	WERTHEIM	SWEIFEL	CHROBAK	SCHAUTA
Proporción de cancerosas operadas.	29'2 %	26'7 %	15'6 %	14'7 %.
Mortalidad operatoria.	46 »	6 »	5'6 »	10'3 »
Curación persistente á los cinco años.	70 »	34 »	31'4 »	27'3 »

Los datos de Sweifel, Chrobak y Schauta se refieren á la histerectomía vaginal, incluyendo los casos de neoplasia del cuerpo: los de Wertheim se refieren á cáncer del cuello solamente y operados todos por vía abdominal. El número de curaciones de este último es muy superior á los demás, aunque el exceso de mortalidad parece quitarle toda ventaja: pero ésta ha disminuído notablemente, ya que las últimas series, en manos del mismo Wertheim, dan una mortalidad de 12 por 100; fué el período de tanteo; hoy puede calcularse la mortalidad en un 15 por 100 como máximum y sin duda bajará todavía: á la vez va aumentando la operabilidad, pues Wertheim mismo ha llegado en sus últimos casos á 48 por 100, Doderlein 69 por 100 y Bumm 90 por 100. Parece, por tanto, que así en el concepto de operabilidad como de curabilidad, las ventajas son de cada vez más pronunciadas en favor del método abdominal.

Para formarse un criterio en este asunto, conviene tener en cuenta la manera cómo sobrevienen las recidivas. Quien mejor ha estudiado este asunto es Winter, y divide las recidivas en tres clases: local ó en la cicatriz; regional, pélvica ó ganglionar, y metastásica á distancia; casi corresponden á las tres formas de propagación que hemos estudiado; la local, cuando quedan tejidos infiltrados, la regional, debida á metástasis linfáticas paramétricas ó ganglionares y la recidiva á distancia ó metástasis sanguínea; parte de las recidivas por metástasis linfáticas en el parametrio se confunden con las debidas á la infiltración por la proximidad que los focos paramétricos, aunque aislados, pueden tener con el foco neoplásico; ambas van comprendidas con el nombre de recidivas locales.

Winter ha estudiado 58 casos de recidiva después de la extirpación del útero, y de ellos 54 locales, de los que 32 eran ya previstos porque el corte recayó en tejidos friables ó el examen de la pieza demostró su propagación. Las

(1) *Loc. cit.*, pág. 460.

otras cuatro recidivas eran ganglionares. La recidiva por metástasis sanguínea es la menos frecuente, pues Winter mismo, en un análisis de 202 recidivas, encuentra 9 por metástasis visceral.

Contra la metástasis visceral nada pueden los métodos operatorios, y tan sólo pueden ser eficaces las operaciones precoces.

La recidiva ganglionar representa un 7 por 100 del total de recidivas; puede tener razón Amman al dejar entrever que quizás los ganglios tengan un poder digestivo sobre la célula cancerosa bastante potente para anularla en algunas ocasiones; Jonnesco atribuye esta poca frecuencia á que la recidiva local impide que la ganglionar tenga tiempo de manifestarse. Sea como sea, ese tanto por ciento de recidiva ganglionar casi justifica el desprecio con que Richelot, Pozzi y otros miran la presencia de los ganglios pelvianos; sin duda ese reducido tanto por ciento no autoriza la mayor gravedad que supone una técnica como la expuesta y preconizada por Jonnesco.

La recidiva local es la más frecuente de todas, y después de los estudios de Winter, de Sampson, de Brunet, de Assereto y otros, sabemos: 1.º, que la observación clínica demuestra la frecuencia de las recidivas locales (más de un 90 por 100); 2.º, que estas recidivas son debidas, en un cierto número de casos, á operaciones incompletas por la propagación de la neoplasia sospechada antes de la operación ó durante el acto operatorio; 3.º, que el resto de recidivas locales son debidas á metástasis paramétricas y vaginales ó peri-vaginales que el microscopio descubre en una tercera parte, por lo menos, de casos en que la observación directa, antes ni durante el acto operatorio, hacía sospechar; 4.º, que otro número de casos son debidos á injertos realizados durante el acto operatorio por contacto de la neoplasia con las superficies cruentas operatorias.

Es, por lo tanto, indudable que la histerectomía abdominal con exéresis permite mejor que la vaginal: 1.º, darse cuenta de las propagaciones para calificar de inoperables casos que parecían serlo; 2.º, permite una resección del parametrio que debe hacerse, aunque parezca sano; 3.º, permite una resección vaginal que debe alcanzar siempre, por lo menos, el tercio superior de la vagina; 4.º, permite extraer cerrada y sin contacto con las superficies cruentas la zona neoplásica para evitar injertos.

Así es que cada día soy más partidario de la vía abdominal y únicamente reservo hoy la vía vaginal para aquellos casos en que la obesidad de la enferma es una contraindicación, ó aquellos otros en que el estado general hace temer una operación laboriosa ó el estado local quita toda esperanza de una operación radical (1).

(1) Consúltense las obras: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo IV, págs. 1 á 132.—RICHELOT: *Chirurgie de l'uterus*, págs. 224 y 310.—KELLY: *Operative Gynecology*, tomo II, pág. 305.—MONTGOMERY: *Practical Cinecology*, pág. 623.—*System of Gynecology*, tomo II, parte segunda, pág. 601.— Ponencias de De Ott, Cullen y Richelot, y discusión por Jonnesco, Morisani, Fritchs, Sneguireff y Mangiagalli, etc., y comunicaciones sobre el mismo punto de Bouilly, Boursier, Delageniere, Faure, Reynier, Legueux y Calderini en el tomo de actas del Congreso de París de 1900.— *Ginecología*, págs. 5 á 65.— Ponencias de Pozzi, Jonnesco, Wertheim, Cullen y Freund sobre el *Tratamiento del cáncer del útero* en el Congreso de Roma publicadas en *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, págs. 737 á 860.— DODERLEIN y KRONIG: *Ginecología operativa*, pág. 415 y siguientes, etc. etc.