

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Facultad de Medicina



# Tumores Malignos del Cervix

CONTRIBUCION A SU ESTUDIO

TESIS DOCTORAL

Presentada por

CARLOS ALBERTO VIDALES RIVAS

En el Acto de su Doctoramiento en Medicina



SAN SALVADOR -- EL SALVADOR -- CENTRO AMERICA

Enero de 1952

T  
616.99466  
V649t  
1952  
F Med.

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10126114

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

INGENIERO ANTONIO PERLA

SECRETARIO GENERAL:

DOCTOR JOSE SALINAS ARIZ

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

DOCTOR ERNESTO FASQUELLE

SECRETARIO:

DOCTOR ROBERTO A. JIMENEZ

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

Clínica Médica:

Dr. LAZARO MENDOZA h.  
Dr. EDUARDO NAVARRO  
Dr. PEDRO MENENDEZ

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

Clínica Quirúrgica:

Dr. LUIS A. MACIAS  
Dr. CARLOS GONZALEZ BONILLA  
Dr. RICARDO POSADA h.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

Clínica Obstétrica:

Dr. ROBERTO ORELLANA V.  
Dr. ANTONIO LAZO GUERRA  
Dr. SALVADOR BATISTA M.

JURADO DEL DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. RICARDO POSADA h.  
Dr. ROBERTO ORELLANA V.  
Dr. SATURNINO CORTEZ M.

061721

## *Dedicatoria*

---

---

*A mis queridos padres.*

*A mis hermanos y demas familia.*

*A mi novia.*

*A mis maestros y compañeros.*

*A mis amigos.*

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Plan de Trabajo

"TUMORES MALIGNOS DEL CERVIX"

Contribución a su estudio

- I) INTRODUCCION.
- II) RECUERDO ANATOMICO DEL APARATO GENITAL FEMENINO.
- III) HISTOPATOLOGIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL CUELLO UTERINO.
- IV) ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE 1190 HOJAS CLINICAS DE PACIENTES POSITIVAS A CANCER EN GENERAL.
- V) ESTUDIO DE 112 PACIENTES CON CANCER DEL CUELLO UTERINO (VARIEDADES MACRO Y MICROSCOPICAS, EVOLUCION, ETC.)
- VI) CASUISTICA.
- VII) ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO.
- VIII) IMPORTANCIA DE SU DIAGNOSTICO PRECOZ.
- IX) CONCLUSIONES.

## ACTA DE LA APROBACION DE LA TESIS

Nosotros los abajo firmados, Presidente y Vocales que integramos el Tribunal de Doctoramiento Público, en la Facultad de Medicina, nos hemos reunido en el Decanato de dicha Facultad, a fin de dictaminar sobre la Tesis presentada por el bachiller Carlos Alberto Vidales Rivas e intitulada: "TUMORES MALIGNOS DEL CERVIX" Contribución a su estudio, y encontrando que dicha Tesis reúne los requisitos exigidos por el Art. 151 de los estatutos universitarios vigentes, la aprobamos por unanimidad de votos.

En fe de lo cual firmamos la presente, en la ciudad de San Salvador, a los dieciocho días del mes de enero de 1952.

Dr. Ricardo Posada h.

Dr. Roberto Orellana V.

Dr. Saturnino Cortez M

## I

### INTRODUCCION

Habiendo trabajado tres años como Practicante Interno en el Servicio de Cancerología y Radium; Servicio que la Sociedad de Beneficencia Pública tiene instalado en el Hospital Rosales, estando en consecuencia en íntimo contacto con numerosos pacientes afligidos por el terrible flagelo del cáncer; despertó en mí el interés de un estudio detallado de una de las más frecuentes localizaciones del mismo entre nosotros, como es su localización a nivel del cuello del útero.

No pretendo que lo que ahora someto a la docta consideración del Jurado de Tesis sea un trabajo completo; pero sí estimo que es una modesta contribución en la lucha contra el cáncer en la República de El Salvador.

Si hemos de tomar en cuenta que el presente trabajo se basa en la revisión de 1,300 hojas clínicas que corresponden a igual número de pacientes tratadas en dicho Servicio durante 12 años de trabajo ininterrumpido, Servicio que sólo cuenta con 28 camas, no tenemos menos que calificar como de enorme la labor realizada en tal dependencia.

El cáncer en nuestro medio, como en todas partes, constituye un grave problema médico-social, siendo de lamentar que muy poco se haya hecho en apoyo efectivo de una campaña anticancerosa. Mi Maestro, el Dr. Ricardo Posada h., pionero de la lucha contra el cáncer en El Salvador desde hace más de dos lustros, ha venido solicitando infructuosamente ante las Supremas Autoridades de la República un apoyo efectivo en la lucha contra el cáncer. El Dr. Posada h., ha comprobado en gran número de trabajos publicados, el problema que significa el cáncer en nuestro medio. Tiempo es ya que los organismos encargados de la salud del pueblo hagan eco a tal llamado para que sea efectiva la lucha contra el cáncer en El Salvador.

## II

### RECUERDO ANATOMICO DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Para facilitar la descripción y tomando en cuenta su función, el aparato genital femenino lo dividiremos en dos grupos: los genitales externos y los genitales internos. Los externos, que comprenden la vulva y vagina, sirven más especialmente para el coito y forman parte del conducto del parto; mientras que los internos son los verdaderos órganos de la reproducción de la mujer y comprenden el útero, trompas y ovarios.

#### *Genitales externos*

Las "*partes pudendas*" comprende todo aquello que es exteriormente visible, desde el pubis hasta el periné, o sea el Monte de Venus, la vulva con sus labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo, el hímen, el orificio externo de la uretra y algunos tejidos vasculares y glandulares.

El *Monte de Venus* comprende el ccjín grasos que cubre la cara anterior del pubis. Pasada la pubertad, la piel de dicha región se cubre de pelos, que se distribuyen en un área triangular cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis del pubis, extendiéndose hacia abajo sobre la superficie externa de los grandes labios, disposición que difiere grandemente de la situación de los pelos en el hombre.

La *vulva* comprende los tejidos que están situados por debajo del Monte de Venus. Es horizontal cuando la mujer está de pie. Hay marcadas variaciones individuales en su aspecto, pero sus más marcadas diferencias dependen de la edad de la persona y de que haya o no tenido hijos.

Los *labios mayores* son dos masas redondeadas, anchas en su extremo superior, donde se difunden en el Monte de Venus y que terminan por abajo por extremos afilados que se desvanecen en el periné. Su aspecto varía con la cantidad de grasa subyacente y con la edad de la persona. Tienen comunmente 7 u 8 centímetros de longitud, 2 a 3 centímetros de anchura y 1½ de espesor. En niñas y mujeres vírgenes están adosados entre sí, no así en aquellas que han tenido uno o más partos, en las que pueden estar ampliamente separados. La cara externa de los grandes labios está cubierta por la piel recubierta de pelos; mientras que su cara interna es de apariencia mucosa y está recubierta de glándulas sebáceas. Bajo la piel hay una capa de tejido conjuntivo compacto, rica en fibras elásticas, sin elementos musculares. Debajo de esta capa hay otra grasosa, rica en plexos venosos, que pueden, a causa de un traumatismo, romperse y dar un hematoma o extravasación sanguínea.

Los *labios menores* o *ninfas* son dos repliegues de forma triangular, situados entre los labios mayores y cubiertos completamente por éstos en las vírgenes, no así en las que han tenido varios hijos, que sobresalen de los labios mayores. El epitelio que los cubre es pavimentoso estratificado, sin pelos. El interior de dichos repliegues está formado por tejido conjuntivo, en el que hay numerosos vasos y fibras musculares lisas, por lo que se consideran como órganos eréctiles. Hacia adelante, cada uno de los labios menores se divide en dos repliegues: los dos inferiores se fusionan formando el frenillo del clítoris, mientras que los superiores forman el prepucio. En su extremo posterior se desvanecen insensiblemente en los labios mayores o se aproximan uno a otro formando la horquilla.

El *clítoris* está situado en la porción anterior de la vulva, entre los dos repliegues de los labios menores que forman su prepucio y su frenillo. Es semejante al pene del hombre, del cual difiere en que es más pequeño, no posee cuerpo esponjoso, ni está perforado por la uretra. Comprende el grande, el cuerpo y dos pilares. Es un órgano eréctil, cubierto por epitelio escamoso provisto de abundantes terminaciones nerviosas, por lo que es muy sensible. Es un órgano rudimentario que rara vez excede de 2 centímetros de longitud.

El *vestíbulo* es un área situada a la entrada de la vagina, entre los pequeños labios y extendido desde el clítoris hasta la horquilla. En él desembocan la uretra y los conductos excretores de las glándulas de Bartholin.

Las *glándulas de Bartholin* en número de dos, están situadas debajo del vestíbulo, a cada lado de la entrada de la vagina. Su tamaño rara vez excede del de un frijol y sus conductos excretores, muy delgados, de unos 2 centímetros de longitud, desembocan en la parte posterior del vestíbulo. Durante el coito secretan un líquido lubricante semejante a la sinovia articular.

En la porción superior del vestíbulo se abren gran número de glándulas mucosas.

El *meato uretral* está situado en la parte anterior del vestíbulo por detrás del clítoris. A cada lado del meato desembocan los conductos parauretrales o glándulas de Skene.

Por debajo de la mucosa del vestíbulo y a cada lado se encuentran los *bulbos vestibulares* o *vestibulovaginales*, que son cuerpos eréctiles, de unos 3 a 4 centímetros de largo por 1 de espesor, siendo verdaderos cuerpos esponjosos.

El *himen* que está situado en la entrada de la vagina, ocupa la porción inferior del vestíbulo, habiendo grandes variaciones en forma, tamaño y consistencia. Después del parto sólo se aprecian pequeños repliegues denominados "carúnculas mirtiformes".

La *vagina* es un conducto músculo-membranoso, que se extiende desde la vulva hasta el útero, interpuesta entre la vejiga y uretra por delante, de los que

está separada por el tabique versicovaginal y el recto por detrás. Normalmente el conducto vaginal es virtual y un corte perpendicular a su eje tiene la forma de H. Por su extremo posterior se une con el útero formando un ángulo agudo con su abertura mirando hacia adelante. La extremidad superior de la vagina termina en una bóveda en la que sobresale el cuello del útero. Para facilitar su estudio la bóveda vaginal se divide en cuatro fondos de saco: anterior, posterior y laterales. El fondo de saco posterior o de Douglas es más amplio, debido a que la inserción de la vagina en el cuello uterino lo hace más alto. Hay grandes variaciones individuales respecto a su longitud; su pared anterior es más corta que la posterior, midiendo de 6 a 8 y de 7 a 10 centímetros respectivamente. Las dos paredes sobresalen formando prominencias longitudinales denominadas *columnas de la vagina*, estando éstas surcadas por numerosas arrugas transversales.

La vagina está compuesta de tres capas: la mucosa que es un epitelio pavimentoso estratificado sin glándulas, una capa muscular con fibras longitudinales y circulares, y una capa de tejido conjuntivo laxo rico en fibras elásticas.

El tercio superior de la vagina está irrigado por las ramas cérvico-vaginales de las arterias uterinas; su tercio medio por las arterias vesicales inferiores y su tercio inferior por las arterias hemorroidales medias y las pudendas internas. Hay un rico plexo venoso cuyos vasos siguen el curso de las arterias y desembocan en las venas hipogástricas.

Los linfáticos del tercio inferior de la vagina desembocan en los ganglios inguinales; los del tercio medio en los ganglios hipogástricos y los del tercio superior en los ganglios ilíacos.

#### *Genitales internos*

El útero es un órgano muscular, de forma piriforme, cubierto parcialmente por el peritoneo y que presenta una cavidad revestida por una membrana mucosa. Es el órgano de la menstruación y durante el embarazo sirve para la recepción, retención y nutrición del huevo fecundado, al cual expulsa por sus contracciones en el momento del parto.

El útero está situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga y el recto, proyectando su extremidad inferior en el interior de la vagina.

Como anteriormente dije el útero tiene forma piriforme, aplanado, y está formado por dos partes: una triangular superior, el cuerpo, y otra inferior cilíndrica o fusiforme, el cuello, estando unidas por un segmento inferior cilíndrico o fusiforme, el cuello, estando unidas por un segmento intermedio o istmo.

La cara anterior del cuerpo es casi plana, mientras que la cara posterior es francamente convexa. Dichas caras se fusionan por arriba en el borde superior convexo que corresponde al fondo, y a los lados por los bordes laterales cóncavos, en los que se insertan los ligamentos anchos. Las trompas de Falopio, una a cada lado, salen de los cuernos uterinos, o sea de la unión de los bordes laterales con el superior.

Las dimensiones del útero en las vírgenes adultas son de 6 a 8, 3.5 a 5 y 2 a 2.5 centímetros en longitud, grosor y espesor respectivamente; mientras que en las múltiparas dichas dimensiones son de 9 a 9.5, 5.5 a 6 y 3 a 3.5 centímetros. Difieren también en el peso, en la virgen pesa de 40 a 50 gramos, mientras que en la múltipara de 60 a 70 gramos. La relación que hay entre la longitud del cuerpo y el cuello varía también: en la niña el cuerpo es casi la mitad del cuello, en vírgenes jóvenes son casi iguales y en la mujer múltipara es más grande el cuerpo que el cuello.

En un corte transversal la cavidad del cuerpo presenta una forma triangular, mientras que la del cuello es fusiforme. Después de un embarazo, la apariencia triangular de la cavidad del cuerpo se hace menos pronunciada y los bordes de convexos que eran se hacen cóncavos.

El cuello uterino es la porción del útero que se encuentra por debajo del mismo. Tiene forma cilíndrica con dos caras: anterior y posterior, convexas; dos extremos: el superior que se fusiona al cuerpo uterino y el inferior que queda libre en la vagina; el canal cervical, que es fusiforme, se extiende desde el orificio externo, presentando en su superficie anterior y posterior una elevación longitudinal, de la que se desprenden otras transversales, que le da a la mucosa un aspecto arrugado, a lo que se llama "árbol de la vida" o "pliegues palmados".

La inserción vaginal divide el cuello en dos porciones: supravaginal e infra-vaginal. La primera está cubierta en su cara posterior por el peritoneo mientras que su cara anterior y laterales están en contacto con la vejiga y el tejido conjuntivo del ligamento ancho. La porción vaginal del cuello, presenta una pequeña abertura transversal, el orificio externo, limitado por delante y atrás por los llamados labios anterior y posterior del cuello. En la virgen el orificio externo del cuello es ovalado, después del parto queda convertido en una hendidura transversal y puede hasta llegar a ser irregular y estrellado.

Histológicamente el útero está formado por tres capas que procediendo de dentro a afuera son: mucosa, muscular y serosa.

La capa interna, mucosa o endometrio, es una membrana delgada de color rosado, aterciopelada, perforada por gran número de minúsculas aberturas, las glándulas uterinas. Debido a los cambios constantes a que está sujeta durante la vida sexual de la mujer, tiene grandes variaciones de espesor y puede medir desde 0.5 a 3.5 milímetros. Está formada por un epitelio superficial, glandular y tejido interglandular, en el cual se encuentran numerosos vasos sanguíneos y espacios linfáticos. Como el endometrio no posee submucosa se encuentra adherido directamente a la capa muscular subyacente. El epitelio superficial de la mucosa uterina está formada por una sola capa de altas células cilíndricas ciliadas apretadas fuertemente unas con otras. El núcleo ovalado está situado en la parte baja de las células, pero no tan cerca de su base como en el cuello. Debajo del epitelio está una delgada capa basal con sus núcleos angostos fusiformes.

En casos muy excepcionales la cavidad uterina puede estar recubierta en parte, por epitelio estratificado semejante al de la vagina.

Las glándulas uterinas son tubulares, considerándose como invaginaciones del epitelio superficial y terminan en profundidad en un fondo de saco, aunque en ocasiones se ramifican en varios fondos.

La mucosa del canal cervical, desde el punto de vista embriológico, es continuación de la que tapiza la cavidad uterina, pero se ha diferenciado de ella y reviste una apariencia característica. Esta mucosa está formada por una sola capa de epitelio cilíndrico, de células muy altas y estrechas que descansan sobre una delgada membrana basal. El núcleo es basal, el citoplasma es claro o más o menos transparente debido a la presencia de moco, y su superficie está cubierta de pestañas.

Las glándulas cervicales son de tipo racimoso o acimosos, ramificadas, estando formadas por verdaderas glándulas mucosas.

La mucosa que recubre la porción vaginal del cuello se continúa directamente con la de la vagina y como ésta, está formada de varias capas de epitelio estratificado. Normalmente no se encuentran glándulas en ella, pero en algunas ocasiones las del canal cervical pueden extenderse, invadiendo su superficie y si sus productos las ocluyen pueden dar los huevos de Naboth.

El límite entre el epitelio cilíndrico y el pavimentoso estratificado del cuello está en el orificio externo de éste, pero en ocasiones uno de estos epitelios invade al otro.

La musculatura del útero en su mayor parte está formada por fibras lisas, unidas por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas. Estas fibras musculares se disponen en tres capas: circulares, oblicuas y longitudinales.

La musculatura del cuello está mezclada con abundante tejido elástico, debiéndose a éste su gran elasticidad.

Existen tres principales estructuras ligamentosas que fijan el útero a las partes vecinas, tales son: los ligamentos anchos, redondos y utero.

Los ligamentos anchos son dos repliegues en forma de alas que se extienden de los bordes laterales del útero a las paredes de la pelvis y dividen la cavidad pélvica en dos compartimientos: anterior y posterior. Cada ligamento ancho está formado por un pliegue de peritoneo, que contiene en su interior varias formaciones y para su estudio se le consideran cuatro bordes: superior, inferior, externo e interno. El borde superior, en sus dos tercios internos, está ocupado por la trompa, mientras que su tercio externo está ocupado por el ligamento infundivulopélvico, que se extiende desde el pabellón de la trompa a la pared pélvica. La porción del ligamento ancho que está situada abajo de la trompa, es llamada mesosalpinx, y está formada por dos capas de peritoneo unido por tejido conjuntivo laxo, en el que está empotrado el para-ovario u órganos de Rosenmuller. En el borde externo del ligamento ancho, su evoltura peritoneal se refleja sobre los bordes laterales de la pelvis. El borde inferior grueso se continúa insensiblemente con el tejido conjuntivo del suelo pélvico. El borde interno está relacionado con los bordes laterales del útero y lleva incluido los vasos uterinos.

Un corte vertical a través del borde interno del ligamento ancho es de forma triangular, con su vértice dirigido hacia arriba mientras que su base es ancha y contiene los vasos uterinos. Está ampliamente comunicado con el tejido conjuntivo del piso pélvico que es designado con el nombre de parametrio.

Los ligamentos utero-sacros en número de dos, van desde la porción postero-lateral del útero un poco por delante de la inserción de la trompa, dirigiéndose hacia arriba y afuera en dirección del canal inguinal, por el que pasan, para ir a terminar en la porción superior de los grandes labios. Cada uno de ellos se encuentra en un pliegue del ligamento ancho.

Los ligamentos utero-sacros en número de dos, van desde la porción posterior y superior del cuello, rodeando el recto se insertan en la fascia que recubre la II y III vértebras sacras. Forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas.

*Trompas de Falopio:* son unos tubos musculares más o menos retorcidos que se extienden de los cuernos uterinos a los ovarios y a través de ellos llega el óvulo a la cavidad uterina. Son de forma más o menos cilíndrica, su longitud varía de 8 a 15 centímetros y poseen una cavidad revestida de mucosa.

Cada trompa comprende: la porción uterina o intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón o infundíbulo. La porción intersticial está incluida en el espesor de la pared del útero. El istmo es un pequeño segmento estrecho que separa la porción intersticial de la ampolla que es de mayor luz. El pabellón, infundíbulo o porción frangeada de la trompa, es la abertura en forma de embudo de la extremidad externa de la trompa cuyos bordes tienen un aspecto dentado. La porción más ancha que corresponde a la ampolla mide de 5 a 8 milímetros.

Con excepción de la porción intersticial, la trompa sigue el borde superior del ligamento ancho, estando completamente rodeada del peritoneo excepto en su parte inferior que corresponde al mesosalpinx.

La musculatura de la trompa se dispone en dos capas: una externa longitudinal y otra interna circular.

La mucosa de la trompa tiene un epitelio formado por una capa de altas células cilíndricas, con núcleos basales, que descansan sobre una delgada basal. Muchas de estas células son ciliadas. No existe submucosa. La mucosa se dispone en pliegues longitudinales, de tal forma, que en un corte perpendicular a la luz de la trompa, se ven pliegues con múltiples arborizaciones.

Los ovarios son dos órganos en forma de almendra, cuya principal función es el desarrollo y expulsión del óvulo y la elaboración de una secreción interna. En el periodo de la vida genital mide de 2.5 a 5 centímetros de largo, 1.5 a 3 centímetros de ancho y 0.6 a 1.5 centímetros de espesor. Después de la menopausia disminuye considerablemente de tamaño.

Normalmente descansa en la fosita ovárica de Waldeyer. Estando la mujer de pie el eje mayor del ovario es casi vertical, haciéndose horizontal cuando la mujer está acostada.

Cada ovario presenta dos caras: externa e interna; dos bordes: uno libre dirigido hacia abajo y adentro en dirección del recto, el otro adherido al mesosalpinx se le denomina hilio del ovario; y dos extremidades o polos: superior e inferior.

El ovario está adherido al ligamento ancho por el meso-ovario que forma la aleta posterior de ese órgano. El ligamento ovárico se extiende de su porción lateral y posterior al útero. El ligamento infundíbulo pelviano o ligamento suspensorio del ovario, va del polo superior a la pared pélvica.

Un corte transversal del ovario deja ver que el órgano está constituido por dos porciones: la corteza y la médula. En la corteza se encuentran los óvulos y los folículos de Graff. La porción más externa de la corteza está formada por la albugínea, cubierta por una simple capa de epitelio cuboide, el peitelio ovárico de Waldeyer.

La medular o porción central, está constituida por tejido conjuntivo laxo rico en vasos, siendo por lo tanto la zona nutricia del ovario.

La *irrigación sanguínea del útero* se deriva de dos fuentes: principalmente de las arterias uterinas y en menor grado de las arterias ováricas. Las uterinas ramas de la hipogástrica, después de descender por la base del ligamento ancho, cruza el uréter y se abre camino hacia los lados del útero. Cerca de la porción suprevaginal del cuello, se divide en dos ramas; la más pequeña, la arteria cérvico-vaginal, irriga la porción inferior del cuello y superior de la vagina. La rama principal cambia bruscamente de dirección, muy sinuosa, sigue el borde lateral del útero irrigando a su paso la parte supravaginal del cuello y el cuerpo uterino. Termina en tres ramas: ovárica, tubárica y fúndica. La primera se anastomosa con la arteria ovárica o espermática interna rama de la aorta; la segunda se distribuye en la trompa y la tercera en el fondo uterino.

Las *venas* del útero son muy abundantes y su curso sigue el inverso de las arterias. Las venas arciformes se unen para formar las venas uterinas a cada lado, las cuales se vierten en los vasos hipogástricos, las que a su vez desembocan en las ilíacas internas.

La sangre del ovario y parte superior del ligamento ancho, es recogida por múltiples venas que forman en el espesor del ligamento ancho el plexo Pampiniforme, cuyos vasos terminan en la vena ovárica. La vena derecha ovárica desemboca en la vena cava, mientras que la izquierda lo hace en la vena renal.

El endometrio posee abundantes espacios linfáticos, pero no posee verdaderos vasos linfáticos. Debajo del peritoneo los linfáticos forman un abundante plexo, especialmente en la parte posterior del útero.

Los linfáticos del cuerpo uterino se dirigen a dos grupos de ganglios: hipogástricos y lumbares.

Los linfáticos del cuello forman un rico plexo situado a cada lado, presentando verdaderos linfoganglios. Los vasos de dicho plexo se unen formando tres pedículos principales: a) el preuretral que sigue el trayecto de la arteria uterina y termina en los grupos ganglionares medio e interno de la cadena ilíaca externa; b) el pedículo retrouretral que sigue el curso de la vena uterina y termina en los ganglios hipogástricos; y c) el pedículo posterior, menos rico y constante que los anteriores, corre a cada lado del recto y termina en los ganglios latero-sacros, pudiendo algunas veces llegar hasta los ganglios del promontorio.

La *inervación* del útero se deriva principalmente del sistema nervioso simpático, pero también parcialmente de los sistemas cerebro-espinal y para-simpático.

El sistema para-simpático o autónomo está representado por los nervios pélvicos, que están formados por algunos filetes que derivan del II, III y IV nervios sacros y que se pierden en los ganglios de Frankenhauser. El sistema simpático

llega a la pelvis por intermedio del plexo hipogástrico (nervio presacro), que también se pierde en el plexo de Frankenhauser. Este plexo es una amplia placa ganglionar situada a cada lado del cuello uterino, inmediatamente arriba del fondo de saco posterior y frente al recto. Los ramos de estos plexos se dirigen al útero, la vejiga y parte superior de lavagina.

### III

#### HISTOPATOLOGIA DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL CUELLO UTERINO

Por su localización, el cáncer del cuello puede ser: exocervical, endocervical, del orificio externo y nodular o intersticial.

Las neoplasias exocervicales, tienen su origen en el epitelio pavimentoso que reviste la porción vaginal del cuello uterino. La localización puede recaer en la porción vaginal libre del cuello, cáncer cérvico-vaginal, o en la unión de la vagina con el cuello, cáncer cérvico-laminar.

Los tumores endocervicales o cérvico canaliculares, tienen su origen en el epitelio cilíndrico de la mucosa del canal cervical.

Los cánceres del orificio externo, cérvico-intersticiales, pueden originarse en el epitelio pavimentoso estratificado, continuación del de la vagina, o en el epitelio cilíndrico, lleno de glándulas, de la mucosa endocervical.

En el espesor del cuello, o sea en plena pared, tiene su origen una variedad rara, la nodular o intersticial.

Cualquiera que sea la variedad histológica, puede dar origen a los siguientes tipos macroscópicos: infiltrante, vegetante y ulcerante.

Las formas infiltrantes se extienden en el espesor del cuello por debajo del epitelio, dando lugar a la formación de nódulos duros con el epitelio de revestimiento intacto, por lo menos al principio.

La forma vegetante en "coliflor", produce masas exuberantes, blandas, friables y sangrantes que descansan sobre una base dura. Esta variedad tiene su origen principalmente en el epitelio del Hocico de Tenca.

Tanto la forma nodular como la vegetante en períodos avanzados se ulceran, dando las formas ulcerantes o terebrantes que destruyen todos los tejidos vecinos, pudiendo hasta hacer desaparecer el cuello del útero dejando en su lugar un verdadero cráter.

En su curso invasivo, las neoplasias malignas del cuello se propagan hacia la vagina, el cuerpo del útero, parametrios, tabique recto-vaginal y recto, vulva y ligamentos útero-sacos. Es posible, aunque raras veces se observa, que hayan metástasis pélvicas originadas por lesiones estrictamente localizadas al cuello. Los casos avanzados, por necrosis, pueden dar lugar a la formación de fístulas en los órganos vecinos, lo mismo que compresiones del uréter y obstrucción completa del cuello.

Según el grado de extensión de la neoplasia, la comisión especial de la Liga de las Naciones (4), para el estudio del cáncer uterino lo dividió en cuatro grados:

Grado I: cáncer localizado al cuello, la movilidad uterina está conservada en todo sentido.

Grado II: cáncer del cuello, con infiltración de uno o ambos parametrios, sin llegar a la pared pélvica. Cáncer del cuello propagado al cuerpo. Cáncer del cuello propagado a los dos tercios superiores de la vagina.

En este grado el útero conserva gran parte de su movilidad.

Grado III: cuando invade la pared pelviana o el tercio inferior de la vagina o los que presentan metástasis pélvicas aisladas.

Grado IV: el cáncer avanza hacia la vagina y el recto; hay infiltración masiva de ambos parametrios. Vagina rígida, útero enclavado. Hay metástasis a dis-

tancia: abdomen, ganglios supraclaviculares izquierdos, hígado, pulmones o encéfalo.

Schmitz (15), subdivide el grado I en dos: a) el de tamaño microscópico, hasta un centímetro, y b) el que pasa de un centímetro.

Según el epitelio que da origen a la neoplasia, exocervical o endocervical, así son las variedades microscópicas de los cánceres del cuello.

En los originados en la porción vaginal del cuello a expensas del epitelio pavimentoso estratificado, pueden observarse las siguientes variedades: espino-celulares, baso-celulares e intermedarios.

Los carcinomas espino-celulares, como el estrato espinoso de la epidermis, conservan con nitidez las epiteliofibrillas y los puentes comunicantes. Estos carcinomas están formados por células atípicas, poliédricas, con núcleos pálidos y citoplasma abundante y mal limitado. Los elementos neoplásicos se distribuyen formando gruesos cordones, anastomosados entre sí, y rodeados por tejido conjuntivo.

A veces algunas células situadas en el centro de los cordones neoplásicos se cornifican, formando concentraciones concéntricas de láminas imbricadas, acidófilas y sin núcleos: tales son los glóbulos córneos. Los carcinomas a glóbulos córneos crecen lentamente y las metástasis son tardías. Los espino-celulares simples no cornificados, producen más precozmente metástasis y tienden a ulcerarse con mayor frecuencia, lo mismo que a infectarse secundariamente.

El carcinoma baso-celular se caracteriza porque los cordones parenquimatosos del tumor son pequeños delgados y con tendencia a emitir prolongaciones tuberosas. Las células de los cordones tienen núcleos alargados y muy cromófilos, el un 5% (14).

citoplasma es escaso, lo mismo que las epiteliofibrillas. Los núcleos tienden a agruparse en el eje mayor, perpendiculares a la basal en las capas periféricas de los cordones, mientras que en la zona central los elementos son mal definidos. En la mayoría de los casos las células tumorales se extienden por el tejido conjuntivo sub-epitelial y gran parte del tumor está cubierto por epitelio de revestimiento normal. Casi siempre hay pocas divisiones mitóticas, no se ven núcleos deformados y todas las células presentan gran semejanza. Esta variedad es muy radiosensible.

Los epiteliomas intermedarios están formados por cordones anastomosados cuyas células tienen caracteres intermedios, es decir, son todas semejantes entre sí, más pequeñas que las células del estrato espinoso y con núcleos ovoides y medianamente cromófilos, citoplasma bien coloreado y raras epiteliofibrillas. Estos tumores tienen gran tendencia a crecer rápidamente y a dar precoces metástasis.

Cuando el cáncer tiene su origen en la mucosa endocervical, se trata generalmente de un adenocarcinoma. Estos a veces difícilmente se diferencian de los adenomas; pudiendo hacerse cuando se encuentran mitosis atípicas, invasión de los vasos linfáticos, etc.

El adenocarcinoma está formado por trabéculas ramificadas que conservan parcialmente la luz glandular. Las células neoplásicas tienen forma redondeada, agrupándose irregularmente y viéndose en ciertas zonas invasión del tejido conjuntivo adyacente. El estroma de los adenocarcinomas tiende siempre a ser fibrilar.

Existen dos variedades histológicas principales de adenocarcinoma: a) el adenocarcinoma muy diferenciado, que simula una hiperproducción para afirmar su malignidad; y b) el poco diferenciado que es un adenocarcinoma típico.

El adenocarcinoma del cuello es relativamente raro, su frecuencia es de un 5% (4).

Puede observarse en la porción vaginal del cuello, el desarrollo de epiteliomas cilíndricos, que nacen a nivel de erosiones en que el epitelio pavimentoso se ha transformado en epitelio cilíndrico. Rara vez se ve lo contrario, es decir, que un carcinoma escamoso tenga su origen en la porción endocervical del cuello, causado por la implantación en éste de un epitelio pavimentoso estratificado.

Bowen (12), describió por primera vez ciertas lesiones intraepiteliales con caracteres de malignidad, pero con la basal intacta. A esto es a lo que se llama: cáncer intraepitelial, carcinoma in situ, no invasivo o pre-invasivo.

Los requisitos mínimos necesarios para decir si se trata de un carcinoma pre-invasivo son: a) que exista una desaparición de la estratificación normal; b) apareamiento de anomalías celulares; c) aparición de hiperchromatosis, deformidades nucleares y celulares, y mitosis frecuentes; y d) integridad de la basal.

Para determinar el grado de malignidad y al mismo tiempo que sirva de guía terapéutica, Broders (14), clasificó los carcinomas según el grado de madurez de las células. El grado I, el menos maligno, se aproxima mucho a lo normal. Las células del grado II y III son menos diferenciadas que las del grado IV, que son las que ofrecen mayor anaplasia, siendo por lo tanto las más malignas.

En el cáncer del cuello, las células neoplásicas descamadas son eliminadas por las secreciones vaginales. Papanicolaou y Traut (12), han contribuido enormemente al diagnóstico del cáncer del útero por medio de exámenes citológicos de tales secreciones.

Es muy importante para el tratamiento conocer el tipo histológico de la lesión. La biopsia sigue siendo la certificación del diagnóstico. Debe ser tomada en el límite del tejido sano y el enfermo, tomando muestras de varios puntos, de suficiente tamaño y electorocoagulando el sitio de la toma para evitar metástasis.

La propagación de la neoplasia a las partes vecinas lo hace por continuidad, o dando metástasis a distancia y haciéndolo principalmente por vía linfática. Los ganglios que en primer lugar se toman son los hipogástricos, los de la cadena iliaca interna y los laterosacros.

Los tumores malignos de origen conjuntivo del cuello son muy raros. El sarcoma cuando existe se origina generalmente de un leiomioma preexistente.

#### IV

### ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE 1190 HOJAS CLINICAS DE PACIENTES POSITIVOS A CANCER EN GENERAL

Revisando 1,300 hojas clínicas de enfermos asilados en el Servicio de Cancerología y Radium que la Sociedad de Beneficencia Pública tiene instalado en el Hospital Rosales y que comprende la labor de dicho Servicio desde Enero de 1938 hasta Agosto de 1951, encontré: 1,190 fichas positivas a tumores en distintas localizaciones y 110 fichas negativas a cáncer en enfermos que fueron asilados en el Servicio por sospecha de neo, sospecha que fué descartada por el correspondiente estudio.

De dichas 1,190 hojas clínicas positivas a tumores de diversas localizaciones, fueron del tracto genital femenino 664 (55.79%), repartidas como sigue:

Neos del útero .....	551	(82.90%)
De éstos fueron:		
Cánceres del cuello uterino.....	512	(77.10%)
Grado I .....	53	(10.34%)
Grado II .....	112	(21.80%)
Grado III .....	187	(36.50%)
Grado IV .....	157	(30.05%)
Cánceres del cuello uterino en embarazadas.....	3	( 0.06%)
Cánceres del muñón vaginal en hysterectomizadas..	7	( 1.05%)
Tumores malignos del cuerpo del útero.....	16	( 2.71%)
Fibromas uterinos .....	11	( 1.65%)
Pólipos uterinos .....	5	( 0.70%)
Neos de la vagina .....	9	( 1.30%)
Neos de la vulva .....	11	( 1.65%)

Otras localizaciones:

Neos del seno (mujeres) .....	93	(14%)
Malignos .....	72	
Benignos .....	21	
Neos del pene .....	12	(1%)
Neos de la próstata.....	1	(0.08%)
Neos de la vejiga .....	2	(0.16%)
Tumores de la piel.....	418	(36.3%)

De los cuales fueron:

Epiteliomas de la piel de la cara .....	263	(61%)
Epiteliomas de la piel del resto del cuerpo.....	60	(14%)
Nevis pigmentarios de la cara.....	27	(6.50%)
Nevis pigmentarios del resto del cuerpo.....	8	(2.90%)
Angiomas .....	60	(14%)
Neos del ojo.....	5	(0.5%)
Neos de la cavidad oral.....	40	(3.4%)

De los cuales fueron:

Neos de la lengua.....	12	(30%)
Neos de las encías.....	9	(22.50%)
Neos del piso oral .....	4	(10%)
Neos del cielo oral .....	9	(22.50%)
Neos amigdalianos .....	5	(15%)
Neos de la laringe.....	1	(0.08%)
Sarcomas óseas .....	16	(1.40%)
Neos del esófago .....	2	(0.16%)
Neos del recto .....	13	(1.10%)
Neos de las glándulas parotídeas.....	5	(0.40%)
Neos del tiroides .....	3	(0.24%)
Linfosarcomas (ganglionares) .....	1	(0.08%)
Neos del pulmón .....	1	(0.08%)

Como se ve por los anteriores datos, el cáncer del cuello uterino ha sido el más frecuente, pues se observó un porcentaje de 77.10% del total de hojas clínicas positivas a neo que fueron revisadas.

Es digno de hacer notar que la gran mayoría de enfermas con cánceres del cuello que ingresaron al Servicio, eran grados III y IV, cuando ya es tarde para obtener una curación radical. Tal cosa pone de manifiesto la falta de cultura de nuestra gente y la necesidad que hay en nuestro medio de una efectiva campaña anticancerosa.

V

ESTUDIO DE 112 PACIENTES CON CANCER DEL CUELLO UTERINO

(VARIEDADES MACRO Y MICROSCOPICAS, EVOLUCION ETC.)

De las 512 fichas positivas a cáncer del cuello uterino, sólo escogí 112 porque reúnen las condiciones necesarias para un estudio completo y es sobre ellas que lo hago, siendo por lo tanto una muestra seleccionada.

De esas 112 historias clínicas, siguiendo la clasificación universal de la Liga de las Naciones, fueron:  
Neos del cuello uterino:

	Casos
Gr. I .....	27
Gr. II .....	47
Gr. III .....	6
Gr. IV .....	28

*Su relación con el número de Embarazos:*

Nº de Embarazos	Nº de Pacientes
Con 0 embarazos .....	9
" 1 " .....	8
" 2 " .....	10
" 3 " .....	20
" 4 " .....	10
" 5 " .....	15
" 6 " .....	8
" 7 " .....	10
" 8 " .....	2
" 9 " .....	3
" 10 " .....	2
" 11 " .....	3
" 12 " .....	1
" 13 " .....	2
" 14 " .....	3
" 15 " .....	1
" 16 " .....	1
Con indeterminado Nº de embarazos .....	4
En mujeres vírgenes .....	1

En el anterior cuadro vemos la escasa frecuencia del cáncer del cuello uterino en mujeres vírgenes y multiparas, poniendo de manifiesto la importancia que tiene la multiparidad en la etiología de estos tumores.

*Su relación con la Edad de los Pacientes*

24 años 1 caso	} 2 casos (1.69%)	46 años 7 casos	} 22 casos ((17.85%)
25 " 2 "		47 " 1 "	
26 " 2 "	} 18 casos (16.07%)	48 " 6 "	} 7 casos (6.25%)
27 " 3 "		49 " 4 "	
28 " 5 "		50 " 4 "	
29 " 2 "	} 13 casos (12.5%)	51 " 1 "	} 9 casos (8.03%)
30 " 6 "		52 " 3 "	
31 " 3 "		54 " 3 "	
32 " 2 "		56 " 6 "	
33 " 3 "	} 21 casos (18.75%)	57 " 2 "	} 3 casos (2.67%)
35 " 5 "		60 " 1 "	
36 " 3 "		62 " 1 "	
37 " 4 "		63 " 1 "	
38 " 7 "		64 " 1 "	
39 " 2 "	} 2 casos (1.69%)	66 " 1 "	}
40 " 5 "		70 " 1 "	

41	"	1	"	} 13 casos (12.5%)	72	"	1	"	} 3 casos (2.67%)
42	"	2	"		76	"	1	"	
43	"	3	"		82	"	1	"	
44	"	4	"						
45	"	3	"						

Con estos datos vemos la creciente frecuencia del cáncer del cuello uterino desde los 25 hasta los 50 años, decreciendo a partir de esas edades extremas. Es pues muy raro en mujeres muy jóvenes y muy viejas.

*Su relación con los períodos de la vida de la mujer*

Pre-menopáusicos .....	62	(56.25%)
Durante la menopausia .....	26	(23.22%)
Post-menopáusicos .....	23	(20.53%)

Según vemos en los anteriores datos, el cáncer del cuello uterino se encontró de preferencia en las pacientes premenopáusicas, ocupando el segundo lugar la época menopáusicas y en tercer lugar después de la menopausia.

SU RELACION CON LOS ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Con historia familiar de cáncer.....	8 casos	( 7.15%)
Sin historia familiar de cáncer.....	104	„ (92.85%)

Lo que demuestra la poca importancia que jugó el papel herencia en la etiología del cáncer del cuello.

RELACION CON EL TIEMPO DE EVOLUCION APARENTE QUE TENIA EL NEO DESDE QUE APARECIERON LOS PRIMÉROS SINTOMAS A LA FECHA DE CONSULTA

1 mes de evolución	3 casos	9 meses de evolución	2 casos
2 " " "	18 " "	10 " " "	1 " "
3 " " "	26 " "	11 " " "	1 " "
4 " " "	10 " "	12 " " "	17 " "
5 " " "	5 " "	14 " " "	1 " "
6 " " "	19 " "	19 " " "	1 " "
7 " " "	3 " "	24 " " "	1 " "
8 " " "	4 " "		

Todas perdieron un tiempo apreciable, lo que demuestra la falta de cultura de nuestras mujeres; pues en material de cáncer el "factor tiempo" es de gran valor para la efectividad del tratamiento.

EL PRIMER SINTOMA EN APARECER:

Hemorragia genital .....	87 casos	(77.68%)
Leucorrea .....	20	„ (17.85%)
Dolor .....	5	„ ( 4.46%)

Fué por lo tanto la hemorragia genital en cualquiera de sus formas el más frecuente síntoma de alarma.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Por hemorragia genital.....	86 casos	(76.78%)
Por leucorrea .....	10 "	( 8.93%)
Por leucorrea sanguinolenta.....	4 "	( 3.57%)
Por dolor.....	4 "	( 3.57%)
Por hemorragia genital y dolor.....	7 "	( 6.16%)
Por leucorrea y dolor.....	1 "	( 0.89%)

Las pacientes que consultaron por dolor acompañado de cualquiera de las otras manifestaciones fueron casi exclusivos de los grados III y IV.

SINTOMATOLOGIA QUE SE PUSO DE MANIFIESTO  
EN LOS DIFERENTES GRADOS:

	Gr. I (27 e)	Gr. II (47 e)	Gr. III (28 e)	Gr. IV (6 e)	
Hemorragia genital, leucorrea y dolor....	6	9	10	5	casos
Hemorragia genital y leucorrea.....	9	15	13	1	"
Hemorragia y dolor.....	5	6	3	0	"
Leucorrea y dolor.....	0	1	1	0	"
Sólo hemorragia genital.....	7	14	4	0	"
Sólo leucorrea .....	0	2	0	0	"
Sólo dolor .....	0	0	1	0	"

En los grados I y II se nota el predominio de la hemorragia y leucorrea, mientras que la sintomatología completa que los autores clásicos atribuían al cáncer del cuello uterino predominó en los grados III y IV.

TIPOS MACROSCOPICOS DE LAS LESIONES ENCONTRADAS,  
EN ORDEN DE FRECUENCIA:

Vegetantes .....	50 casos	(44.64%)
Nodular .....	24 "	(21.40%)
Ulcerante .....	19 "	(16.96%)
Terebrante .....	17 "	(15.15%)
Endocervical .....	2 "	( 1.80%)

Las formas vegetantes y terebrantes se encontraron con mayor frecuencia en los grados III y IV, mientras que las nodulares y ulcerantes predominaron en los grados I y II.

TIPOS HISTOLOGICOS ENCONTRADOS EN ORDEN DE FRECUENCIA:

Epiteliomas malpighianos baso-celular.....	45 casos	(40.10%)
Epiteliomas malpighianos espino-celular.....	42 "	(37.80%)
Epiteliomas malpighianos intermediarios.....	17 "	(15.15%)
Epiteliomas tipo cilíndrico (adenocarcinomas)	8 "	( 7.14%)

Se nota el predominio marcado de los tumores que derivan del epitelio pavimentoso estratificado sobre los que tienen su origen en el epitelio glandular.

## TRATAMIENTO

*Fueron tratados:*

Sólo con Radium.....	2	casos
Sólo con Rayos X.....	64	„
Con Radium y Rayos X.....	23	„
Con Rayos X e Histerectomía.....	3	„
Con Radium, Rayos X e Histerectomía.....	3	„

Las enfermas tratadas con Radium recibieron dosis que oscilaron entre 1,500 y 6,500 miligramos hora, en una o dos aplicaciones. Los tratados con Rayos X recibieron de 15 a 30 aplicaciones de 200 a 300 unidades r., con una dosis total que osciló entre 3,000 y 9,000 U. r.

No se empleó una técnica quirúrgica standard para todos los casos, haciéndose siempre una histerectomía abdominal total lo más amplia que fué posible.

### RESULTADO INMEDIATO AL TRATAMIENTO:

	<i>Clínicamente curados</i>	<i>Mejorados</i>	<i>Mismo estado</i>	<i>Empeorado</i>
N. C. Ut. Gr. I ( 27).....	22 casos	1 caso	3 casos	1 caso
N. C. Ut. Gr. II ( 47).....	19 „	13 „	9 „	6 „
N. C. Ut. Gr. III ( 32).....	13 „	7 „	8 „	4 „
N. C. Ut. Gr. IV ( 6).....	0 „	0 „	6 „	0 „
Total ..... (112).....	54 „	21 „	26 „	11 „

Como se ve, sólo fué posible la curación clínica en los tres primeros grados, bajando los chances de cura a medida que la neoplasia alcanza estados más avanzados.

### FUERON CLINICAMENTE CURADOS:

	<i>Gr. I</i>	<i>Gr. II</i>	<i>Gr. III</i>	<i>Gr. IV</i>
Sólo con Radium.....	1 caso	1 caso	0 casos	0 casos
Sólo con Rayos X.....	8 „	4 „	3 „	0 „
Con Radium y Rayos X.....	6 „	7 „	2 „	0 „
Con Rayos X e Histerectomía.....	7 „	7 „	5 „	0 „
Con Radium, Rayos X e Histerectomía..	0 „	0 „	3 „	0 „
Total ..... (112).....	22 „	19 „	13 „	0 „

Como se ve, los resultados inmediatos al tratamiento en los tres primeros grados, ya sea empleando radiaciones solas o seguidas de histerectomía, han sido bastante satisfactorios.

En nuestro medio donde el recurso de los Rayos X está hasta cierto punto limitado por la escasez de máquinas de terapia profunda con relación al gran número de cancerosos que requieren su ayuda, ha habido necesidad de recurrir en multitud de casos a la Histerectomía para terminar de eliminar el foco neoplásico, obteniéndose resultados halagadores.

#### ENFERMOS CONTROLADOS DESPUES DEL TRATAMIENTO:

Se presentaron a control.....	54	pacientes
Controladas por seis meses.....	27	”
Controladas por un año.....	15	”
Controladas por dos años.....	2	”
Controladas por tres años.....	4	”
Controladas por cuatro años.....	5	”
Controladas por cinco años.....	2	”
Controladas por más de cinco años.....	1	”

No se presentaron a control después del tratamiento: 58 pacientes.

A pesar que en el Servicio de Cancerología a todo enfermo tratado se le hace ver la necesidad que tiene de presentars a controles periódicos, en su mayoría no lo hicieron, pudiéndose ver en los anteriores datos que más de la mitad de las pacientes tratadas no se presentaron, y de las que llegaron a control, la mayoría no tuvo la suficiente constancia.

## VI

### CASUISTICA

En el Cuadro Nº 1 resumo el mayor número de datos de las 112 fichas positivas a Cáncer del Cuello Uterino que fueron revistadas.

#### *Abreviaturas empleadas:*

a .....	años
m .....	meses
N. C. Ut. Gr. ....	Neo cuello uterino grado
E. M. Ec... ..	Epitelioma malpighiano espinocelular
E. M. Bc. ....	Epitelioma malpighiano basocelular
E. M. I. ....	Epitelioma malpighiano intermediario
Ra. ....	Radium
RX. ....	Rayos X
AR. ....	Aplicación de Radium
TP. ....	Terapia Profunda
Hist. ....	Histerectomia
OP. ....	Operación
Apl. ....	Aplicación
C. Curado .....	Clínicamente curado
N. S. P. C. ....	No se presentó a control.

## CUADRO Nº 1

### CUADRO QUE RESUME LOS DATOS EN LAS 112 FICHAS POSITIVAS A CANCER DEL CUELLO UTERINO REVISADAS POR MI.

Ficha	Edad	Fecha de consulta	Diagnóstico	Motivo de consulta	Ante. Heredit.	Multiparidad	Evolución	Tipo macroscópico	Tipo microscópico	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Tardío
1)	37	40 a 1-IX-37	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	—	6 m.	Terebrante	E.M.Bc.	A.R. 15-XI-38. TP. 25 apl. Op. de Cott. X-39.	Mismo Estado 1-I-40	Fallece 21-I-41
2)	40	27 a 1-X-37	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	4	7 m.	Terebrante	E.M.Ec.	A.R. 10-X-37. TP. X-37 20 apl.	Mismo Estado XII-37	N. S. P. C.
3)	43	27 a 1-X-38	N. C. Ut. Gr. IV	Hemorragia	—	5	6 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. X-38 20 apl.	Mismo Estado	N. S. P. C.
4)	54	30 a 15-VIII-38	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	3 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. VIII-38. 20 apl. AR. VIII-48 Hist. I-49.	C. Curado 18-II-49	N. S. P. C.
5)	61	38 a 9-XI-38	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	3	12 m.	Nodular	E.M.Ec.	AR. 1-XII-48	C. Curado 1-II-49	N. S. P. C.
6)	87	32 a 14-I-39	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	1	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	Micoesaria	Se fuga 11-II-39	N. S. P. C.
7)	142	44 a 5-V-39	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	5	12 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. VII-39 20 apl. y 10 apl. IX-39	Muy mejorada	N. S. P. C.
8)	144	46 a 12-V-39	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	7	2 m.	Ulcerante	E.M.Bc.	TP.V-49 28 apl.	Muy mejorada	N. S. P. C.
9)	163	54 a 14-VII-39	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	3	2 m.	Nodular	Cilindrico	AR. 6-III-40. TP. VII-12 apl. AR. 6-IV-40	Empeorado 17-I-41	N. S. P. C.
10)	164	41 a 27-VII-39	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	4	12 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	TP. VII-39 18 apl.	Mismo Estado	N. S. P. C.
11)	165	82 a 8-VII-39	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	3 m.	Terebrante	E.M.I.	TP. XI-39 18 apl. Hist. 8-II-40	C. Curado	N. S. P. C.
12)	197	38 a 3-XI-39	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	10	6 m.	Ulceroso	E.M.Bc.	TP. X-39-28 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
13)	209	46 a 18-X-39	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	5	3 m.	Ulceroso	E.M.Bc.	TP. X-39-28 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
14)	216	62 a 4-I-40	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	2	6 m.	Endocer-vical	Cilindrico	TP. I-40-28 apl.	Leve mejoría	N. S. P. C.

15)	216	66 a 3-I-40	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	2	10 m.	Endocer- vical	Cilindrico	AR. 4-I-40 TP. I-40-18 apl.	C. Curado	Control 1-I-41-C. Curado.
16)	219	49 a 10-I-40	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	1	24 m.	Terebrante	Cilindrico	TP. III40-18 apl.	Muy mejorado	N. S. P. C.
17)	245	48 a 26-V-40	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia y dolor	—	13	7 m.	Vegetante	E.M.Bc.	AR. 2-IV-40 TP. V-40-7 apl. AR. 10-VI-40	Mismo Estado	N. S. P. C.
18)	258	25 a 4-V-40	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	—	4	4 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	AR. 6-V-40 TP. VII-40-14 apl. Hist. 10-IX-40	C. Curado	N. S. P. C.
19)	264	20 a 20-V-40	N. C. Ut. Gr. I	Leucorrea y dolor	—	1	9 m.	Nodular	E.M.Ec.	Hist. 13-VII-40 TP. VIII-40-16 apl.	C. Curado	Recidiva el 26-V-41 N. S. P. C.
20)	266	35 a 26-VII-40	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea y hemorragia	—	5	2 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. IX-40 16 apl. Hist. el 2-VIII-41	Recidiva en el muñón vaginal	N. S. P. C.
21)	273	46 a 10-VIII-40	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia y dolor	—	8	12 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. IX-40 16 apl. TP. X-40, 10 apl.	Empeora	III-41 N. C. Ut. Gr. IV N. S. P. C.
22)	291	24 a 8-X-40	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	1	2 m.	Ulcerante	E.M.Bc.	AR. 6-X-40 TP. IX-41-16 apl.	C. Curado	8-II-41 recidiva
23)	341	30 a 2-IV-41	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	—	12 m.	Nodular	E.M.Bc.	TP. III141-28 apl	C. Curado	N. S. P. C.
24)	398	40 a 1-IX-41	N. C. Ut. Gr. I	Leucorrea sanguinolenta	Un hermano muerto de cáncer	2	2 m.	Nodular	E.M.Bc.	AR. 12-IX-41 TP. X-41-16 apl.	Muy mejorada	N. S. P. C.
25)	429	54 a 14-XI-41	N. C. Ut. Gr. III	Leucorrea	—	5	2 m.	Terebrante	E.M.I.	TP. XI-41-16 apl.	Muy Mejorada	N. S. P. C.
26)	442	46 a 8-XII-41	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	10	2 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. II-42 16 apl. Hist. el 27-II-42.	C. Curado	N. S. P. C.
27)	478	42 a 22-IV-42	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	Madre muerta de cáncer	3	12 m.	Nodular	Adenocarcinoma	TP. V-42-16 apl. Hist. el 7-XII-42	C. Curado	2-VII-51 C. Curada.
28)	479	49 a 22-IV-42	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	Madre muerta de cáncer	11	2 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	AR. 17-IX-42. TP. V-42-16 apl.	C. Curado	16-XI-42 C. Curada.
29)	489	56 a 20-V-42	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	—	2	2 m.	Vegetante	E.M.Ec.	AR. 29-VI-42 TP. IV-42. Hist. 10-II-43	C. Curado	6-IV-43 C. Curada
30)	501	31 a 20-VII-42	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	5	3 m.	Nodular	Adenocarcinoma	AR. 24-VII-42	C. Curado	22-VIII-47 C. Curada. N. S. P. C.

Ficha	Edad	Fecha de consulta	Diagnóstico	Motivo de consulta	Ante. Heredit.	Multi- paridad	Evolu- ción	Tipo ma- croscópico	Tipo mi- croscópico	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Tardío	
31)	508	51	12-VII-42	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea	—	16	12 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. 10-42-17 apl. Hist. el 1-XII-42	C. Curado	14-VIII-43 C. Curada. N. S. P. C.
32)	517	48	1-IX-42	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	Padre prostático	13	3 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	TP. 10-42-16 apl.	C. Curado	C. Curada.
33)	518	39	20-VIII-42	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	—	4 m.	Ulceroso	E.M.Bc.	12-XII-44	C. Curado	C. Curada. N. S. P. C.
34)	521	26	14-IX-42	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	—	4 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. IX-42-24 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
35)	523	76	15-X-42	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	—	12 m.	Vegetante	E.M.Ec.	AR. 20-X-42 TP. XI-42-16 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
36)	525	30	2-IX-42	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia y Leucorrea.	—	1	3 m.	Vegetante	Adenocarcinoma	TP. 10-42-15 apl. Hist. 10-XI-42. TP. 12-42-19 apl.	C. Curado	20-II-43 C. Curada. N. S. P. C.
37)	539	56	7-I-43	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	7	12 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. II-43-17 apl.	C. Curado	7-V-43 C. Curada. N. S. P. C.
38)	545	35	20-II-42	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	6	3 m.	Nodular	E.M.I.	TP. XII-42-16 apl. Hist. 30-III-43	C. Curado	29-VII-43 C. Curada. N. S. P. C.
39)	557	33	6-II-43	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	Madre muerta de cáncer	7	5 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. II-43-16 apl. Hist. 30-III-43	C. Curado	28-V-44 Recidiva en el muñón vaginal.
40)	583	56	24-VI-43	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	?	3 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. 24 apl. VIII-43 OP. Cott. 23-X-43 Estado	Mismo	N. S. P. C.
41)	584	64	5-IX-43	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	2	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. IX-43-24 apl	C. Curado	N. S. P. C.
42)	590	38	7-XII-43	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	7	5 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. I-44-24 apl. Hist. 18-V-44	C. Curado	N. S. P. C.
43)	592	43	22-XII-43	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	Madre muerta de cáncer	11	6 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. I-44-24 apl.	Exige su alta mejorada	N. S. P. C.
44)	613	43	12-X-43	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea	—	6	8 m.	Terebrante	E.M.I.	TP. X-43-24 apl. Hist. el 12-III-44	C. Curada	N. S. P. C.
45)	615	50	22-II-44	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	2	6 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. VIII-44-24 apl Hist. el 5-IX-44	C. Curada	N. S. P. C.
46)	739	33	18-IX-46	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	14	4 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. XII-46-24 apl Hist. el 14-I-47	C. Curada	N. S. P. C.

47)	746	38 a 8-VIII-46	N. C. Ut. Gr. III	Dolor	—	—	3 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. VIII-46-24 apl. Hist. 28-VIII-46 TP. IX-46	C. Curada	3-VIII-47 C. Curada.
48)	773	50 a 4-I-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	14	1 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	TR. 16-I-47 TP. II-47-20 apl	C. Curado	N. S. P. C.
49)	763	45 a 16-I-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	4	2 m.	Ulceroso	E.M.Bc.	TP. II-47-16 apl.	Mismo Estado	N. S. P. C.
50)	770	36 a 6-I-47	N. C. Ut. Gr. IV	Hemorragia	—	6	9 m.	Vegetante	E.M.Bc.	AR. 3-I-47 TP. II-47-16 apl	C. Curado	N. S. P. C.
51)	771	48 a 28-I-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	6	3 m.	Vegetante	E.M.Bc.	AR. 3-I-47 TP. II-47-16 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
52)	774	33 a 1-II-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	12 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. III-47	Mismo Estado	1-V-47 Mismo estado N. S. P. C.
53)	776	28 a 12-II-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	5	6 m.	Vegetante	E.M.Bc.	AR. ? TP. II-47-16 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
54)	788	31 a 2-III-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	7	8 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. X-46-24 apl. Hist. 3-VII-47 TP. I-47-16 apl.	C. Curado	Controlada en varias ocasiones hasta el 20-IV-51 en que permanece C. Curada.
55)	796	56 a 8-III-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	?	3 m.	Vegetante	E.M.Ec.	AR. 8-IV-47 TP. V-47-16-apl.	C. Curado	N. S. P. C.
56)	808	52 a 5-V-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	Madre muerta de cáncer al cuello	—	1 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. V-47-24 apl. TP. VIII-47-12 apl	Mismo Estado	Se controla hasta el 6-XII-47 en que se encuentra en Neo terebrante Gr. IV.
57)	811	30 a 10-V-47	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	3	2 m.	Nodular	E.M.Bc.	TP. V-47-20 apl. Hist. 8-VII-47	C. Curado	Controlada en varias ocasiones hasta el 19-VIII-50 en que permanece C. Curada.
58)	814	46 a 26-V-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	24 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. VI-47-26 apl	Ligera mejoría	Se controla hasta el 27-VIII-47 en que se encuentra una invasión total de la vagina.
59)	816	70 a 27-V-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	3	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. VI-47-24 apl.	Muy mejorada	N. S. P. C.
60)	817	35 a 20-V-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	5	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. V-47-25 apl	Muy mejorada	N. S. P. C.

Ficha	Edad	Fecha de consulta	Diagnóstico	Motivo de consulta	Ante. Heredit.	Multi- Evolu- paridad ción	Tipo ma- croscópico	Tipo mi- croscópico	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Tardío
61)	818	45 a 20-VI-47	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	5	2 m. Nodular	E.M.Bc.	TP. VII-47-20 apl y el XI-47-16 apl	C. Curado	Se controla hasta el 10-V-48 en varias ocasiones permaneciendo C. Curada.
62)	821	38 a 28-V-47	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	3	4 m. Ulcerante	E.M.Ec.	TP. V-47-24 apl.	C. Curado	Se controla hasta el 9-IX-50 permaneciendo C. Curada.
63)	822	28 a 3-VI-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	5	5 m. Vegetante	E.M.I.	TP. VI-47-20 apl. Hist. el 12-I-48 TP. II-48-10 apl.	C. Curado	Se controla en varias ocasiones hasta el 29-VII-51 en que permanece C. Curada.
64)	823	46 a 11-III-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	6 m. Vegetante	E.M.I.	TP. IV-47-24 apl. VII-47-16 apl. y el I-48-8 apl.	Mismo Estado	Se controla en varias ocasiones hasta el 6-III-48 en que se encuentra un N. C. Ut. Gr. IV.
65)	826	72 a 12-VI-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	3	4 m. Vegetante	E.M.Bc.	AR. 12-VI-47 TP. VII-47-15 apl.	C. Curado	N. S. P. C.
66)	827	45 a 17-VI-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia de cáncer	Madre muerta de cáncer	8	4 m. Vegetante	E.M.Ec.	TP. VI-47-24 apl. y el XI-47-24 apl.	Muy mejorada	Se controla hasta el 14-II-48 conservando la mejoría.
67)	840	52 a 8-V-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	15	6 m. Nodular	E.M.I.	TP. V-47-24 apl. y 10-47-24 apl.	C. Curado	Recidiva el 13-IX-47, controlándose hasta el 22-XI-47 en el mismo estado.
68)	858	54 a 18-VIII-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	—	12 m. Ulceroso	E.M.Bc.	TP. V-47-24 apl y el X-47-10 apl.	C. Curado	Se controla hasta el 29-I-48 permaneciendo C. Curada.
69)	864	30 a 1-VIII-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	—	3	4 m. Terebrante	E.M.I.	TP. VIII-47-24 apl	Mismo Estado	Se controla hasta el 3-I-48 permaneciendo en el mismo estado.
70)	874	37 a 7-V-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	—	5 m. Terebrante	E.M.Bc.	TP. VI-47-20 apl. Hist. 3-II-48	C. Curado	Controlada en varias ocasiones hasta el 2-IV-51- permaneciendo C. Curada.
71)	876	37 a 4-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	2	5 m. Vegetante	E.M.Ec.	TP. X-47-24 apl. y V-48-10 apl.	Ligera mejoría	Se controla en varias ocasiones hasta el 10-VII-48 permaneciendo en el mismo estado.
72)	878	40 a 18-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	7	12 m. Nodular	E.M.Ec.	TP. 10-47-20 apl.	C. Curada	N. S. P. C.

73)	880	56 a 25-IX-47	N. C. Ut. Gr. IV	Dolor	—	5	6 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. IX-47-18 apl.	Mismo Estado	Se controla de nuevo hasta el 3-II-48 encontrándose una pélvis helada.
74)	881	44 a 26-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	6	12 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. X-47-18 apl.	Muy mejorada	Se controla de nuevo hasta el 8-III-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. III.
75)	886	36 a 16-IX-47	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	7	2 m.	Nodular	E.M.I.	TP. IX-47-24 apl. Hist. el 10-V-48 y TP. VI-48-16 apl.	C Curado	Recidiva 5-VI-48. Se sigue controlando en varias ocasiones hasta el 13-IV-51 permaneciendo C. Curada.
76)	887	46 a 19-VII-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	7	6 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. VIII-47-24 apl. y el X-47-16 apl.	Mismo Estado	Se controla hasta el 18-VII-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
77)	892	37 a 25-VII-47	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	5	12 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. IX-47-20 apl.	Ligera mejoría	Se controla hasta el 10-IV-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
78)	895	56 a 16-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea	—	5	6 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. X-47-25 apl.	Ligera mejoría	Enfermo que se controla en dos ocasiones, última el 8-III-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
79)	896	63 a 1-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea	—	9	4 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. XII-47-24 apl.	Empeora	Se controla de nuevo hasta el 6-VI-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
80)	898	52 a 6-XI-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	4	12 m.	Terebrante	E.M.Ec.	TP. X-47-24 apl. AR. el 6-XI-47	No se sabe el resultado	N. S. P. C.
81)	902	33 a 1-X-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	3	6 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. XI-47-24 apl.	Mismo Estado	Se controla de nuevo hasta el 6-I-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
82)	908	57 a 15-IX-47	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	9	3 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. XI-47-24 apl.	Empeorado	Se controla de nuevo hasta el 8-V-48 encontrándose un N. C. Ut. Gr. IV.
83)	913	36 a 16-X-47	N. C. Ut. Gr. II	Leucorrea	—	2	3 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. 10-47-20 apl.	Muy mejorado	Controlado varias veces permaneciendo cicatrizada hasta el 18-VI-49. Recidiva el 10-XII-49.
84)	925	44 a 20-I-48	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	4	3 m.	Nodular	E.M.Bc.	TP. XII-47-20 apl. AR. 2-I-48	C. Curada	N. S. P. C.
85)	936	47 a 21-XI-49	N. C. Ut. Gr. III	Leucorrea	—	5	4 m.	Terebrante	E.M.Bc.	TP. I-48-18 apl.	Empeorada	N. S. P. C.
86)	938	38 a 21-III-48	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	1	6 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. II-48-24 apl. AR. 29-III-48	C. Curado	N. S. P. C.

Ficha	Edad	Fecha de consulta	Diagnóstico	Motivo de consulta	Ante. Heredit.	Multi- paridad	Evolu- ción	Tipo ma- croscópico	Tipo mi- croscópico	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Tardío
87)	942	40 a 12-I-48	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	6	6 m. Vegetante	E.M.Ec.	TP. III-48-20 apl.	Muy mejorada	Nuevo control el 26-VI-48 N. C. Ut. Gr. III. N. S. P. C.	
88)	946	43 a 17-V-48	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	2	2 m. Nodular	E.M.Bc.	TP. VI-48-20 apl. I-49-10 apl. y IV-50-22 apl.	C. Curado	Se controla varias veces permaneciendo curada hasta 16-XII-50. Recidiva 20-I-51.	
89)	954	35 a 17-V-48	N. C. Ut. Gr. IV	Hemorragia y dolor	—	3	1 m. Vegetante	E.M.Bc.	TP. IV-48-10 apl.	Mismo Estado	Se controla en varias ocasiones hasta el 15-VIII-48 permaneciendo en el mismo estado.	
90)	559	46 a 5-VI-48	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	3	3 m. Nodular	E.M.Bc.	TP. VI-48	Mismo Estado	Se controla en varias ocasiones el 10-XII-48 N. C. Ut. Gr. IV.	
91)	977	50 a 10-VI-48	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	6	3 m. Terebrante	E.M.Bc.	TP. VII-48-20 apl. AR. 9-IV-48	Mismo Estado	Se controla en varias ocasiones hasta el 22-IV-50 en que se conserva en el mismo estado.	
92)	983	27 a 13-VIII-48	N. C. Ut. Gr. III	Dolor	—	5	12 m. Terebrante	E.M.Ec.	TP. IX-48-20 apl.	Muy mejorado	Se controla en varias ocasiones hasta el 26-II-49 permaneciendo en el mismo estado.	
93)	991	30 a 7-VIII-48	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	2	7 m. Vegetante	E.M.Ec.	TP. X-48-20 apl.	Mismo	Se controla en dos ocasiones hasta el 20-XI-48 en que se conserva en el mismo estado.	
94)	993	48 a 18-X-48	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	4	2 m. Ulcerante	E.M.Ec.	TP. XII-48-10 apl	Mismo Estado	N. S. P. C.	
95)	1013	26 a 20-XI-48	N. C. Ut. Gr. IV	Hemorragia	—	1	6 m. Vegetante	E.M.Bc.	AR. 10-I-49	C. Curado	Se controla hasta el 10-VI-49 en que es un N. C. Ut. Gr. IV.	
96)	1014	57 a 5-I-49	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	3	2 m. Ulceroso	E.M.Bc.	TP. II-49-24 apl.	Empeora	N. S. P. C.	
97)	1030	31 a 29-I-49	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	9	2 m. Ulceroso	E.M.Bc.	TP. II-49-20 apl.	Empeora	3-IV-49 N. C. Ut. Gr. IV.	
98)	1033	32 a 21-XII-48	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	12 m. Vegetante	E.M.Ec.	TP. I-49-20 apl. Oo. de Cott. 8-III-49	Empeora	6-VII-49 N. C. Ut. Gr. IV.	
99)	1037	49 a 2-III-49	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	4	3 m. Ulceroso	E.M.Ec.	AR. III-49 TP. IV-49-30 apl.	C. Curado	N. S. P. C.	

100)	1046	48 a 2-I-49	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	3	6 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. I-49-20 apl. y VIII-49-10 apl.	Mismo Estado	12-IX-49 N. C. Ut. Gr. IV.
101)	1049	60 a 3-IV-49	N. C. Ut. Gr. III	Leucorrea	—	5	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. V-49-20 apl. y X-49-10 apl.	Mismo Estado	2-X-49 mismo estado.
102)	1053	50 a 3-III-49	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	7	5 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. IV-49-24 apl.	Empeorado	9-VII-49 N. C. Ut. Gr. IV.
103)	1059	44 a 7-IV-49	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	12	8 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. V-49-20 apl.	Empeorado	Se controla en dos ocasiones hasta el 2-VIII-49 en que es un N. C. Ut. Gr. IV.
104)	1064	28 a 18-VI-49	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	6	4 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. VII-49-20 apl.	Mismo Estado	10-IX-49 N. C. Ut. Gr. IV.
105)	1066	28 a 2-II-49	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia y dolor	—	1	3 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. V-49-20 apl. y III-50-10 apl	C. Curado	Recidiva 15-II-50 y ya es un N. C. Ut. Gr. III el 2-V-50.
106)	1126	40 a 11-XI-49	N. C. Ut. Gr. III	Hemorragia	—	5	3 m.	Nodular	E.M.Ec.	TP. I-50-20 apl.	Muy mejorado	Se controla en varias ocasiones hasta el 28-XI-50 en que se encuentra un N. C. Ut. Gr. IV.
107)	1134	27 a 7-II-50	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia	—	—	3 m.	Vegetante	E.M.Ec.	TP. II-50-20 apl. y II-50-20 apl.	Mismo Estado	Se controla hasta el 25-XI-50 en que se encuentra un N. C. Ut. Gr. IV. Fallece 20-XII-50.
108)	1146	35 a 16-II-50	N. C. Ut. Gr. II	Hemorragia y Leucorrea	—	—	14 m.	Vegetante	E.M.I.	TP. III-50-20 apl.	Mismo Estado	Se controla 13-IV-51 N. C. Ut. Gr. III. N. S. P. C.
109)	1158	28 a 13-IV-50	N. C. Ut. Gr. IV	Leucorrea	—	?	11 m.	Vegetante	E.M.Bc.	TP. IV-50-9 apl.	Empeora	24-VI-50 N. C. Ut. Gr. IV.
110)	1168	46 a 13-III-50	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	11	19 m.	Nodular	Adenocarcinoma	TP. VII-50-20 apl. Hist. 27-IX-50 TP. X-50-12 apl.	C. Curado	4-IX-51 Recidiva en el muñón vaginal.
111)	1193	33 a 14-VII-50	N. C. Ut. Gr. I	Leucorrea	—	?	6 m.	Nodular	E.M.Bc.	AR. 22-VI-50 TP. IX-50-32 apl.	C. Curado	30-III-51 C. Curado.
112)	1194	42 a 15-VI-50	N. C. Ut. Gr. I	Hemorragia	—	2	3 m.	Ulceroso	E.M.Ec.	AR. 15-VI-50 TP. VII-50-30 apl.	C. Curado	N. S. P. C.

## CUADRO N° 2

### CUADRO QUE RESUME LOS RESULTADOS INMEDIATOS Y TARDIOS EN LOS DIVERSOS GRADOS Y EN LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

TRATAMIENTO	RESULTADOS INMEDIATOS			RESULTADOS TARDIOS					Empeo- Falle rados cidos	
	N° de casos	C. Mejo- Cur. rados	Mismo estado	Empeo- rados	N.S. P.C.	permanecieron 6 m. 1 a 2 a 3	C. Curados a los: a 4 a 5 a 5 a	Recidivaron a los: 6 m. 1 a 2 a 3 a 4 a 5 a 5 a		
N. C. Ut. Gr. I.....	27									
Ra. ....	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
RX. ....	11	8	0	2	1	0	2	0	0	0
Ra. y RX. ....	8	6	0	2	1	0	0	0	0	0
RX. e Hist. ....	7	7	0	0	2	0	1	0	0	0
N. C. Ut. Gr. II....	47									
Ra. ....	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
RX. ....	26	4	12	5	8	13	2	0	0	0
Ra. y RX. ....	12	7	1	3	1	9	0	1	0	0
RX. e Hist. ....	8	7	0	1	0	3	2	0	0	0
N. C. Ut. Gr. III....	23									
RX. ....	21	3	7	7	4	6	7	4	0	0
Ra. y RX. ....	3	2	0	1	0	2	1	0	0	0
RX. e Hist. ....	5	5	0	0	2	1	0	0	0	0
Ra. RX. e Hist. ....	3	3	0	0	2	0	1	0	0	0
N. C. Ut. Gr. IV....	6									
RX. ....	6	0	0	6	1	0	0	0	0	0

## VII

### ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

Los Médicos antiguos en presencia de una paciente con cáncer del cuello uterino tenían que cruzarse de brazos siguiendo impotentes el curso de la enfermedad que la llevaba hacia la muerte inevitable, conformándose en hacer un tratamiento sintomático paliativo encaminado a aliviar el dolor, disminuir la hemorragia y la leucorrea, ayudándose con sedantes, coagulantes, cauterizaciones locales e irrigaciones.

La cauterización ígnea de grandes porciones de tejido canceroso dió alguna esperanza; pero con esto no se lograba más que detener temporalmente el curso de la enfermedad siendo el desenlace siempre fatal.

A fines del pasado siglo fué cuando se iniciaron, podemos decir, los métodos radicales de tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino por medio de la Histerectomía ordinaria ya sea por vía vaginal o abdominal.

Los resultados inmediatos fueron alentadores, no obstante se vió luego que en la gran mayoría de las pacientes Histerectomizadas, poco tiempo después recidivaba el cáncer en el muñón vaginal.

En su comienzo, el cáncer del cuello, como la mayoría de los tumores malignos, es una lesión circunscrita capaz de propagarse más tarde por contagüidad y por metástasis que siembran sitios lejanos del foco inicial.

Cuando los cirujanos tuvieron conocimiento del anterior concepto, se explicaron la causa de su fracaso y se dieron a la búsqueda de otros métodos encaminados a destruir no sólo el foco inicial, sino que las siembras neoplásicas de las partes vecinas, y así se dedicaron a extirpar no sólo el útero, sino que hicieron una disección amplia de los tejidos vecinos con extirpación de todo el sistema linfático tributario.

Fué Wertheim (11, 12, 13, 15), quien perfeccionó la técnica por vía abdominal, técnica que con algunas modificaciones aún sigue empleándose. Shauta (12), (austríaco) perfeccionó la operación radical por vía vaginal, haciendo una extirpación del útero y los anexos, junto con los tejidos parametriales y una amplia porción de la vagina.

Los métodos quirúrgicos perfeccionados tienen grandes inconvenientes: a) alta mortalidad quirúrgica, b) la operación sólo era efectiva en los casos incipientes, y c) la alta frecuencia de fístulas con los órganos vecinos que quedaban como secuelas de la intervención.

Estadísticas recientes (1932) de Martzloff (12), del Johns Hopkins Hospital de la operación del Wertheim modificada dá:

Curas de 5 años.....	18.6%
Operabilidad .....	46.5%
Mortalidad operatoria .....	14.2%
Fístulas vesico-vaginales .....	5.5%
Fístulas urétero-vaginales .....	5.2%
Fístulas recto-vaginales .....	2.1%

Estadísticas aún más recientes (1941) con la misma técnica modificada y cuyo cirujano experimentado fué Víctor Bonney (12), son las siguientes:

Curas de 5 años .....	25.2%
Operabilidad .....	63.0%
Mortalidad operatoria .....	15.8%

En la actualidad el profesor Meigs (12), ha dirigido de nuevo su interés a la operación de Wertheim modificada, asegurada con las ventajas actuales en cirugía, quimioterapia, transfusiones, etc. De esta manera lleva operadas 25 enfermas con sólo una muerte operatoria, pero todavía no han pasado los 5 años para sacar conclusiones.

La escuela vienesa que ha perfeccionado la Histerectomía vaginal (Operación de Schauta, 1902), dá las siguientes estadísticas en operadas por Pehem y Amreich (21.5%) es contrarrestada por la alta mortalidad operatoria en la primera (15.6%) sobre la muy reducida que tiene la segunda (3.6%). El número de fístulas también es mayor en la abdominal.

Al mismo tiempo que se trabajaba en el perfeccionamiento de la técnica de la extirpación radical del Cáncer del Cuello Uterino por medio del bisturí, la Radiumterapia y la Roengenoterapia empezó a llamar la atención de los hombres de ciencia, quienes pronto se dieron cuenta de las grandes ventajas que éstas ofrecían sobre los métodos quirúrgicos hasta el grado de que la tendencia actual es que *las radiaciones sustituyan a los procedimientos quirúrgicos*.

Hace apenas un cuarto de siglo, después de largas experiencias logró la radioterapia alcanzar el grado de eficacia que la constituyó el verdadero tratamiento curativo del Cáncer del Cuello Uterino, lográndose curas en muchas pacientes en que la cirugía no hubiera podido hacer nada. Quizás hayan estados especiales que requieran una intervención quirúrgica, pero en cualquier caso, ésta debe ser coadyuvante y no el sustituto de la Radioterapia.

La simple extirpación quirúrgica del útero y sus anexos con los tejidos vecinos asequibles fácilmente, como era practicada antes por la mayoría de los Cirujanos no dá resultados satisfactorios y debe ser abandonada.

Un tratamiento por Radium y Rayos X inteligentemente llevado dá resultados tardíos mejores que la operación, incluso realizada ésta por el cirujano más hábil (13).

Al principio las radiaciones se emplearon para los casos no quirúrgicos o sea grados III y IV; pero poco a poco las fueron empleando en los cánceres de grados menos avanzados y en la actualidad podemos comparar los resultados terapéuticos obtenidos en las radiaciones con los de la cirugía.

Estadísticas del Tratado de Crossen & Crossen (13) de los resultados terapéuticos obtenido con las radiaciones:

	Nº de pacientes tratadas	Curas de 5 años
Regad .....	317	107 (33%)
Healy .....	1,574	332 (22%)
Ward .....	343	85 (24%)
Burnam .....	349	70 (20%)
Crossen y Nowell .....	121	20 (23%)

*Resultados en las curas por grados (13)*

	Gr. I y II	Curados	Gr. III y IV	Curados
Regaud .....	118	60 (51%)	187	47 (23%)
Healy .....	337	174 (45%)	1,187	178 (15%)
Ward .....	208	71 (34%)	135	14 (10%)
Burnam .....	65	37 (57%)	284	33 (11%)
Crossen y Nowell...	14	8 (57%)	107	21 (19%)

Estadísticas de Ward y Sackett (12), obtenidas por observaciones continuadas durante varios años:

Año	Curas de 5 años
1925 .....	23.6%
1928 .....	23.1%
1930 .....	25.5%
1932 .....	24.8%
1934 .....	25.28%
1937 .....	28.5%

Conforme los anteriores datos se aprecia que a medida que han mejorado las técnicas empleadas los resultados obtenidos han sido más satisfactorios.

Hay que considerar que el grado máximo de operabilidad que fué el alcanzado por Bonney es de 63%, mientras que las estadísticas obtenidas por las radiaciones se refieren al número total de cancerosas tratadas en todos los grados.

La moralidad terapéutica debida a las radiaciones se estima en 2%.

Las complicaciones debidas al empleo de Radium y Rayos X se traducen por estenosis del cuello seguido de piometría, proctitis, estenosis intestinal y rara vez fístulas en los órganos vecinos.

Comparando:

Cirugía, 25% da curas de más de 5 años, 63% de operabilidad.

Radiaciones, 28% da curas de más de 5 años, del total de cancerosos.

Tanto Crossen como Te Linde (12, 13), están de acuerdo en el empleo de radiaciones en el tratamiento del cáncer del cuello uterino, obteniendo mejores resultados curativos, menor mortalidad terapéutica y menos complicaciones.

La tendencia actual en el tratamiento del cáncer del cuello uterino puede resumirse así:

“Todo cáncer del cuello uterino que ha pasado el grado I se trata primero con Rayos X, con el objeto de desinfectar el cáncer y reducir la hipertrofia del cuello, lo que permite después aplicar una dosis superior de Radium por unidad de volumen de cuello”.

“En los carcinomas de grado I se aplica primero Radium y después Rayos X” (12).

La desventaja que hay en aplicar primero Rayos X es que produce lesiones estensantes en el conducto cervical lo que dificulta una posterior aplicación de Radium intracervical (5).

En la actualidad en que la mayor parte de las clínicas se toma biopsia en toda lesión sospechosa del cuello uterino, el descubrimiento del cáncer “pre-invasivo” se hace con gran frecuencia. Hay tendencia a tratar estos casos por Histerectomía radical sin disección ganglionar (12). Si la paciente es muy joven se conserva un ovario.

En las estadísticas de aquellos que emplean combinaciones de cirugía con radiaciones no se aprecia ventaja sobre los que emplean las radiaciones solas (12).

Está justificada la cirugía en aquellos casos en que el tipo histológico de la lesión es resistente a las radiaciones (L5).

Las vías de acceso para las aplicaciones de terapia profunda son dos anteriores sobre las ingles y dos posteriores sobre el sacro.

Las dosis empleadas de Rayos X son de 8 a 10,000 U. Después de éstas se deja a la paciente descansar dos semanas, al cabo de las cuales se aplica Radium deja intracervical y contracervical a la dosis de 4,500 a 6,000 miligramos hora, administrados si es posible en una sola sesión (11, 12, 13, 14, 15).

No vamos a entrar en detalle respecto a la técnica de las aplicaciones de Radium y Rayos X que son del dominio del especialista.

## VIII

### IMPORTANCIA DE SU DIAGNOSTICO PRECOZ

En su comienzo del cuello, como todos los tumores malignos, son lesiones circunscritas, capaces de propagarse más tarde por contigüidad o por metástasis a regiones vecinas o distantes. Concepto importante en el tratamiento, puesto que si se logra extirpar o destruir los tejidos neoplásicos antes de su difusión a lugares inabordable al Cirujano o al Radimterapetua, es posible la curación completa de la enfermedad. Por eso los esfuerzos del Médico deben encaminarse a descubrir los primeros síntomas y signos de su desarrollo con el objeto de someterlo al tratamiento en su fase localizada.

Lo ideal sería descubrir la presencia del cáncer del cuello en su estado "pre-invasivo" y más que todo lesiones precancerosas, estados que por desgracia carecen de sintomatología manifiesta.

Cuando la paciente nos llega con la sintomatología clásica hemorragia, leucorrea fétida y dolor, es decir, que nos está "gritando el diagnóstico", casi siempre es muy tarde. Mucho más valor tendría para el diagnóstico precoz el tratamiento denominado profiláctico. Toda mujer múltipara, en la edad del cáncer del cuello uterino, debe someterse a un examen ginecológico completo por lo menos cada seis meses, investigando y tratando todos aquellos estados considerados como precancerosos y que en un momento dado pueden dar una lesión neoplástica activa. Textualmente copio las lesiones que el Dr. Posada, Profesor de Cancerología de nuestra Facultad, dejó sentadas en su trabajo "EL CANCER DEL CUELLO UTERINO: *Contribución a su profilaxis* (1942) ,

"Las principales afecciones o lesiones que han sido catalogadas como grandemente responsables de degeneración maligna, son a saber:

- 1) Las desgarraduras del cuello o las cicatrices que siguen a éstas.
- 2) Las ulceraciones del cuello ,en especial las gonocócicas, traducidas por un proceso de vaso- dilatación primero blando, duro y esclerótico después.
- 3) Las ulceraciones vegetantes.
- 4) Las cervicitis crónicas, que traducen siempre un estado crónico de sufrimiento regional.
- 5) Las ulceraciones traumáticas del cuello, producidas por pesarios anticoncepcionales o mantenedores de prolapsos.
- 6) Las leucoplasias, que son consideradas actualmente como verdaderos cánceres en potencia.
- 7) Por último, recuerdo los cánceres y posibles cánceres de los muñones del cuello dejados por histeractomías subtotaes. Es el cirujano quien responde aquí por la profilaxis. El cuello sólo deberá ser conservado cuando por alguna indicación ajena al cáncer se practique histeractomía a una virgen. Siempre deberá preferirse la histerectomía total: no hay objeto en dejar estos cuellos que continúan bajo la influencia de la patología propia, con el agravante de que en ocasiones degeneran por mal irrigados" (5).

Después de los datos del interrogatorio que a toda paciente debe ser hecho, todo médico práctico debe pasar a un examen ginecológico minucioso. Su importancia es tal, que no puede considerarse completo el examen practicado a una mujer adulta si se prescinde de él. Dicho examen lo haremos por medio del tacto y vista ayudados por espéculum. El tacto nos dará reseñas importantes: nos delatará labios más o menos hipertrofiados, duros o escleroquísticos, en ocasiones acartonados y como si el Hocico de Tenca hubiera perdido su elasticidad normal. Podemos igualmente apreciar puntos blandos, en ocasiones fungosos, friables y descubrir-

mos a menudo otros más o menos salientes sobre la comisura labial; observaremos algunas veces fisuras comisulares agrietadas, de fondo rugoso, que asientan sobre un fondo duro o indurado, en antiguas cicatrices.

Todos conocemos el método usual de examen, practicado por el espéculum vaginal corriente. Pero la necesidad de encontrar lesiones mínimas, que escapan al dedo más acostumbrado y a la vista más aguda, ha llevado a los ginecólogos a exigir algo más: es así como ha sido ideado el colposcopio, que lleva adaptado un sistema óptico de poderoso aumento y que permite visualizar milímetro a milímetro lesiones infinitamente pequeñas, que pasarían inadvertidas en muchos casos en exámenes repetidos aún por los más entrenados.

Una vez haya sido terminado un correcto examen ginecológico, si revela algo sospechoso, debemos pasar a la segunda etapa: la biopsia, es decir, la toma de un pequeño fragmento para su estudio histológico. La biopsia sigue siendo el certificado del diagnóstico, siendo muy importante para el tratamiento conocer el tipo histológico de la lesión.

Debe ser tomada en el límite del tejido sano y el enfermo, tomando muestras de varios puntos, de suficiente tamaño y electrocoagulando el sitio de la toma para evitar metástasis. La prueba de Schiller (14), puede sernos de alguna utilidad para determinar el sitio de la toma de biopsia.

## IX

### CONCLUSIONES

1º)—En las 1,190 fichas clínicas positivas a cáncer revisadas, la más frecuente localización fué en el cuello uterino, donde se observaron 512 casos.

2º)—La gran mayoría de pacientes con cáncer del Cuello Uterino fueron de los Grados III y IV.

3º)—La edad más frecuentemente encontrada en las pacientes positivas a cáncer del Cuello Uterino fué entre los 35 a 50 años, encontrándose con alguna frecuencia en mujeres de 25 a 30 años y rara vez bajo de los 25 años.

La frecuencia fué mayor en la época premenopáusica, en segundo lugar en la menopáusica y en tercer lugar en la postmenopáusica.

4º)—El Cáncer del Cuello Uterino fué más frecuente en multíparas, alcanzando su mayor frecuencia en aquellas pacientes que tuvieron de 3 a 7 embarazos. Fué muy raro en nulíparas y más aún en vírgenes.

5º)—La historia familiar de cáncer no jugó ningún papel de importancia en la etiología del cáncer del Cuello Uterino.

6º)—La gran mayoría de las pacientes consultó por primera vez cuando ya tenían varios meses de presentar síntomas y signos.

7º)—El síntoma clínico que motivó la primera consulta en la gran mayoría de las pacientes fué la hemorragia genital en sus diversas formas.

8º)—La sintomatología clásica del Cáncer del Cuello Uterino (hemorragia, leucorrea fétida y dolor), fué propia de los casos muy avanzados: mientras que en los incipientes predominó la hemorragia genital como único síntoma.

9º)—Las formas macroscópicas vegetantes y terebrantes fueron propias de los grados III y IV; mientras que en los grados I y II predominaron las formas nodulares y ulcerantes.

10º)—El más frecuente tipo histológico encontrado fué el Epitelioma Malpighiano Baso-celular, en segundo lugar el Epitelioma Malpighiano Espino-celular y en tercer lugar el Epitelioma Malpighiano Intermediario.

El adenocarcinoma fué sumamente raro encontrándose con una frecuencia de 7.14%.

11º)—Los resultados inmediatos al tratamiento fueron favorables en los tres primeros grados, disminuyendo los chances de cura a medida que la neoplasia alcanzaba estados más avanzados.

No fué posible la cura clínica en ningún grado IV.

12º)—El empleo de radiaciones, Radium c Rayos X, aún mejor su combinación, dieron los mejores resultados.

13º)—Más de la mitad de las pacientes tratadas no se presentaron a control y de las que lo hicieron, la mayoría no tuvo la suficiente constancia, por lo tanto no se pudo llegar a una exacta conclusión en lo que respecta a los resultados tardíos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Testut L. .... Tratado de Anatomía Humana. Tomo IV.—Aparato Genital Femenino.
- 2) Roussy G. .... Précis D'Anatomie Pathologique Libre V, Cap. III, Pág. 926-962 (1950).
- 3) Costero ..... Tratado de Anatomía Patológica, Cap. XXVI, Pág. 1710-1779, Cap. XXIX, Pág. 1877-1880 (1946).
- 4) Posada h., Ricardo ..... El Dignóstico Precoz del Cáncer. Cáncer del Cuello Uterino (1941).
- 5) Posada h., Ricardo ..... El Cáncer del Cuello Uterino: contribución a su profiláxis. (1942).
- 6) Posada h., Ricardo ..... El Problema del Cáncer (1950).
- 7) Posada h., Ricardo ..... "Algunas consideraciones sobre el cáncer uterino y su tratamiento". Revista "Archivos del Hospital Rosales", Abril 1938, Nº 37, Ppg. 11.
- 8) Posada h., Ricardo ..... Estado Actual del tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino. "El Salvador Médico", Mayo de 1948.
- 9) Fogue E. .... Tomo II, Parte XI, Cap. III Art. VI, Pág. 1142-1176 (1948).
- 10) Pessano J. E. .... "Cáncer" Inducción a su diagnóstico. Cap. XVI, Pág. 285-296 (1947).
- 11) Christopher ..... Tratado de Patología Quirúrgica, Tomo II, Pág. 1426-1428 (1947).
- 12) Te Linde ..... Ginecología Operatoria, Pág. 364-397 (1948).
- 13) Crossen & Crossen ..... Ginecología Operatoria. Cap. VI, Pág. 234-391 (1940).
- 14) Curtis ..... Ginecología. V Edición, Cap. XX, Pág. 282-32 (1946).
- 15) Regato y Ackerman ..... Cáncer, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico. Cap. XIV, Pág. 839-903 (1951).

BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

