



CURACIO D'UN FIBRO-MIXO-SARCOMA MALIGNÉ

pel Dr. J. TORRENTS I CASTELLTORT

La lluita contra les malalties que afligeixen a l'humanitat és fa principalment de dos modos: divulgant els metges aquells coneixements profilàctics que poden evitar l'aparició de la malaltia, i procurant, una vegada coneguda, la prompte assistència facultativa dels malalts, creant quan és necessari institucions a propòsit, i en segón terme difundint entre la mateixa classe mèdica l'estudi dels cassos instructius que puguin influir en l'eficàcia de dita lluita. Contribuir a la mateixa hi estàn moralment obligats tots els que constitueixen la classe mèdica, i per aquest motiu m'atreveixo a presentar a vostra il·lustrada consideració les fotografies del següent càs, que crec interessant dèu de varis punts de vista.

Malalta de 51 anys, bastant grossa, robusta, sense antecedents morbosos especials, en Setembre de 1916 nota una tumoració en la regió lumbar esquerra que li creix, fent-se després fluctuant, per lo que l'incindeix el metge a primers d'Octubre, donant sortida al pus i quedant-l'hi una cavitat comunicant amb l'exterior per un petit orifici. A primers de Janer de 1917 veig a la malalta, trobant a la regió lumbar esquerra una tumoració del tamany d'un puny, dintre la que hi ha una cavitat formada aparentment en un lipoma supurat, sortint pus a l'exterior per una petita fístula. Com he dit, la malalta és bastant grossa, presentant en diferents parts del cos acúmuls de grassa. Procedeixo amb anestèsia local a l'obertura de la cavitat i extirpació de la massa neoplàsica junt amb la càpsula, en la que per l'aspecte macroscòpic sospito una degeneració maligna. Així ho confirma el curs posterior de l'operada, per lo

que l'opero per segona vegada amb anestesia general el 12 de Febrer amb incisió en creu, extirpant ampliament tota la neoplasia i força teixit muscul-aponeuròtic sà amb part de la 12.^a costella i el seu periosti i tota la pell enganxada. Poso especial cuidado en les vores i àngul del penjoll antero-inferior. Suture els quatre penjolls deixant drenatge. A pesar de l'excisió extensa i d'haver extirpat tota la pell enganxada a la neoplasia, recidiva amb implantació sarcomatosa en la vora del penjoll antero-inferior, implantació que s'ha efectuat sens la més petita reacció inflamatoria, però propagant-se amb ràpid i intens creixement infiltrant per quin motiu extirpo el 12 de Març la pell i tot lo que sembla neoplàsic arribant a la pleura i al colon descendent que transparenta en l'extensió de quatre travesos de dit; l'objecte és además d'extirpar tot lo possible, fer ben accessible l'acció dels raigs Röntgen, que és més efiç sobre les cèl·lules neoplàsiques joves que puguin quedar'hi.

L'anàlisi microscòpic del tumor i de troços de pell sospitosos efectuat pel Dr. Celis, dóna el següent resultat:

Examen d'una preparació amb congelació: El tall està format per un teixit de cèl·lules conjuntives fusiformes separades per una escassa quantitat de fibres conjuntives amb multitud de vasos sanguinis. A l'estroma, en un punt de la preparació, s'observen cèl·lules més grosses disposades a l'entorn d'una substància amorfa, trobant-se alguna que altra cèl·lula multinucleada i de major tamany, en altres punts de la preparació existeixen cèl·lules estrellades per una substància mucosa. *Diagnòstic:* Fibro-mixo-sarcoma d'origen periòstic.

Preparacions incluídes en parafina: Els talls estàn constituïts per teixit epitelial pavimentós estratificat (pell) amb dermis conjuntiu, en el que's troben glàndules sudorípares, sebàcies, músculs *erectores pili*. Sota d'aquest dermis existeix teixit muscular estriat i sota del muscle infiltrant al mateix una zona constituïda per fibroblastes, clasmatoïts, linfocits, leucocits polinuclears, plasmazellen amb multitud de capilars noviformats. En l'extremitat contrària de la pell existeix una zona de necrosi superficial. *Diagnòstic:* Teixit de granulació situat sota la capa muscular subcutània formant part d'alguna cavitat ulcerada pròxima al fibro-mixo anterior.

Primera sessió de Röntgenterapia profunda el 15 de Març, pel Dr. Torres Carreras, 20 X Kienböck en 3 camps diferents o sian 60 X, filtre d'alumini de 2 i mig mil·límetres. Distància del

tubu 30 centimetres. Duració 20 minuts per camp. La malalta té reacció febril fins a 38.5, la part directament tractada presenta als dos dies millor aspecte i el contorn de l'anca sembla disminuir, no obstant, al tercer dia, nova formació sarcomatosa difusa principalment en el centre de la ferida tan infiltrant, ràpida i intensa, que recomano una altra sessió encara que faci sols 4 dies de la primera, a lo que accedeix el Dr. Torres, després de vista la ràpida propagació neoplàsica.—Segona sessió de Röntgenterapia profunda el 20 de Març, amb el mateix temps i dosis; aquesta vegada la malalta no té reacció general, en la ferida tampoc s'hi nota res de variable, no obstant disminueix el contorn de l'anca els primers dies, però més tard nova propagació neoplàsica tant intensa i extensa, que'l mateix marit de la malalta considera que no queda més que deixar-la com incurable. La malalta comença a pendre aspecte caquètic. Probo l'aplicació tòpica de la solució de tripsina sens obtenir resultat local i sí sols una reacció febril, aleshores procedeixo en la part central als fomentos amb solució de clorur de zinc. Incindint ademés el teixit neoplàsic i colcant dins glassa xopada per a facilitar la penetració del líquid; es produeix una necrosi superficial i el tumor no creix amb tanta intensitat; més tard sembla limitar-se sense infiltrar més; arribada aquesta ocasió proposo al marit una nova extirpació seguida de Röntgenterapia, lo que acceptat, practico el 26 de Marc l'excisió de lo neoplàsic arrivant fins a la fulla anterior de l'aponeurosi del transvers. Noto aquesta vegada que'l creixement neoplàsic és menys infiltrant i que sembla inhibit. La malalta pert després d'aquesta excisió l'aspecte caquètic que començava a tenir. Continúo amb els fomentos de solució de clorur de zinc i confío arribar a obtenir la transformació del fibro-mixo-sarcoma maligne, en un fibro-sarcoma menys invasor. Per a ajudar-hi proposo una nova sessió de Röntgenterapia profunda que és feta el 31 de Març, amb temps i dosis igual a les sessions anteriors. Es nota una lleugera millora, però seguida de recidiva. De tots modos, l'aspecte de la neoplasia és menys maligne i en els extrems de la ferida comença la cicatrització que facilito amb la pomada d'amidoazotoluol. En el mig es formen noves masses neoplàsiques amb menys intensitat, es continúen els fomentos dues vegades a la setmana; de les vores de la ferida es va formant cicatriu i sembla que les formacions sarcomatoses són ara més superficials; ordeno l'empleu de la fricció amb aigua oxigenada seguida d'aplicació d'una

pomada de pirogalol. Les masses neoplàsiques van desaparèixer i la ferida epidermitzant-se. La malalta presenta l'aspecte de salut que's pot veure en una de les fotografies. Encara que microscòpicament no s'han comprovat les transformacions sofertes per les cèl·lules sarcomatoses durant la curació, macroscòpicament sembla influir'hi la formació cicatricial ofegant les formacions sarcomatoses que desapareixen en part prenent altres un aspecte fibrós. Lo poc que queda per epidermitzar es logra amb cura seca i xeroform. La fotografia de la regió presenta pitjor aspecte que el natural, doncs la petita extensió que queda per epidermitzar, ho està 8 dies després de fotografiada la malalta, i el petit nòdul que's nota ha desaparegut epidermitzant-se també sa superfície. La cicatriu té tendència general a la retracció. Tenint en compte l'aspecte caquètic de la malalta abans de l'última extirpació i el de salut que ara presenta, encara que naturalment no pugui assegurar-se una curació definitiva, quan menys afirmo una curació temporal.

Considero aquest cas com una forma resistent a la Röntgenterapia, puig es sabut que no tots els sarcomes reaccionen del mateix modo; sense anar a fer aquí una classificació histològica de les formes radio-resistentes, sòls diré que de l'estadística més nombrosa que conec, la de'n Kienböck entre 90 cassos de sarcomes observats en 2 anys, resulta que ha obtingut:

Curació en 18 % dels cassos.

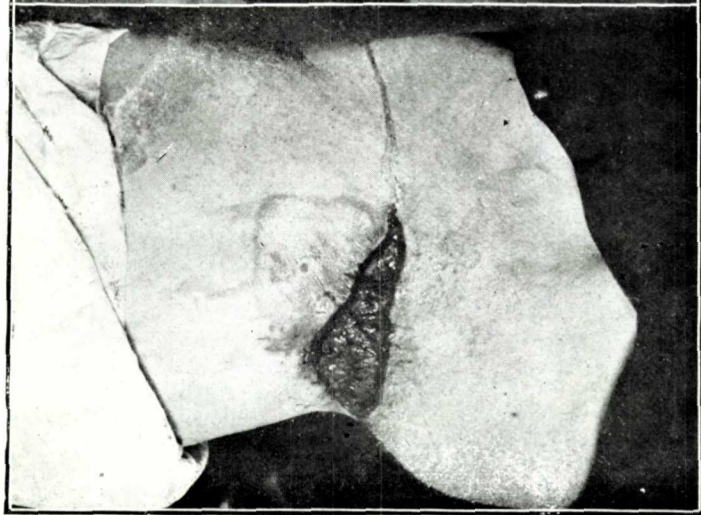
Millora en 57 %.

Resultat inactiu en 25 %.

Crec que aquest fibro-mixo-sarcoma maligne, no s'hauria curat amb la Röntgenterapia profunda sola, essent de la mateixa opinió el Dr. Torres Carreras, al aconsellar-me una nova extirpació després de la segona sessió de Röntgenterapia.

En resum: que podém empendre avui amb probabilitat d'èxit i valent-nos de distins procediments, el tractament de neoplasies, que pocs anys endarrera hauríem considerat incurables.

CURACIÓ D'UN FIBRO MIXO-SARCOMA MALIGNE
pel Dr. J. Torrents i Castellfort



Fibro mixo-sarcoma-maligne

Discussió: Dr. Guilera.

Una de les objeccions que estimo necessari fer a les ponències, especialment a la del Dr. Pujol i Brull, és l'omissió en que de consuetut venim incorrent al parlar de lo referent a la *curació* del cranc uterí (únic aspecte de la qüestió que'm proposo tractar), i és la de fer constar clarament que *curació* sòls vol dir *supervivència* de 5 anys després de la data de l'intervenció.

Després d'aquests 5 anys en que si la malalta viu se la dóna per *curada*, molt sovint sense preocupar-se gaire de *com viu*, de si realment persisteix una perfecta curació clínica, i és necessari no oblidar que segueixen veient-se recidives als 7, 8 i 10 anys, i més encara amb una proporció ben difícil de fixar, puig com més temps passa de l'intervenció menys fàcil és que'l cirurgià pugui per moltes raons seguir a consciència el seu control.

Aquest detall que sembla insignificant, aquesta imprecisió al fixar bé el valor reial de la paraula *curació* aplicada al tractament del cranc uterí es una de les causes del descrèdit que entre'l públic i fins entre part de la classe mèdica té la cirurgia del cranc uterí.

Precissa, dones, que parlém de *supervivències* sempre que parlém de *curacions*...

Amb lo dit aquí per la ponència es creuria que sòls una operació és llegítima per *curar* el cranc uterí i aquesta és l'operació de Wertheim, totes les altres estarien abocades a un fracàs. Contra tal afirmació és precís fer constar que ja fa més de 2 anys, així al Nord-Amèrica com en la mateixa Alemanya, es manifesta innegable reacció, i és que realment les esperances que feu concebir han fallat, i és grossa la mortalitat de l'intervenció.

Nostre comú mestre, l'inolvidable Dr. Fargas, deia en el Congrès de Valencia, al parlar d'aquesta sempre apassionant qüestió: «L'operació de Wertheim no ha augmentat gran cosa la supervivència de les canceroses»; això d'una part, d'altra, tinguis present que la mortalitat post-operatoria és d'un 20 a 30 per cent.

El Dr. Pujol i Brull, portat pel seu entusiasme envers l'operació de Wertheim, arriba aconsellar-la a totes les *curades* per l'actinoterapia; això francament em sembla *un trop de zèle*; crec que val la pena de pensar-hi molt abans d'aconsellar a una dona, clínicament curada, que accepti una intervenció que dóna la

major mortalitat de totes les operacions ginecològiques; per la meua part, avui per avui, malgrat reconeixent la possibilitat de que existeixen nius de cèl·lules canceroses latens susceptibles de més endavant burlar i escapar a l'acció del *radium*, no aconsellaré lo recomanat pel Dr. Pujol i Brull, puig idèntica objecció podria fer-se al Wertheim; també aquest deixa en gran nombre de cassos cèl·lules neoplàsiques vives en llocs més o menys assequibles al bisturí de l'operador.

Tampoc estimo acceptable l'operació d'En Wertheim per a els cassos avençats amb clara *invasió parametral neoplàsica* no la *flogística*, que a voltes acompanya a certes formes exuberants infectades.

Quan en cassos duptosos els antecedents, el repós i la medicació antiflogística, etc., ens demostren que l'invasió parametral no és flogística, pretendre resoldre el cas amb el Wertheim és per mí cosa semblant a volguer recullir els grans de sorra que d'una embosta caiguessin a terra; en aitals cassos la recidiva immediata o poc tardana es la regla, i com abans he remarcat, la mortalitat, segons firma tan poc sospitosa com la de Pozzi, és d'un 30 per cent; per aquestes raons jo crec que avui per avui aquests cassos no deuen ser tributaris del Wertheim, sinò de l'actinoteràpia.

Els resultats obtinguts pel Dr. Recasens i altres, així com els que aquí acaben de contar-nos els Drs. Fargas Raymat i Peyri, junt als ja tant demostratius publicats al estranger, són més que suficients per a admetre la positiva eficàcia a costa de perills quasi nuls de les aplicacions de *radium*.

Lluny de seguir patronitzant les exèresis extenses amb desnudaments d'ureter i vasos, resseccions de bufeta i de budells, com tantes vegades desgraciadament s'ha fet, crec devém tornar un xic enrera i rehabilitar operacions molt menys greus i de resultats semblants *seguides sempre de drenatge radio-actiu* com dès de 1915 han recomanat Pozzi i Rouhier en llur notable treball.

L'histerectomia, tant abdominal com en certs cassos la vaginal, tenen dret a persistir com procediments terapèutics del cranc uterí.

El malaguanyat Dr. Gutiérrez, de Madrit, tenia recollits 12 cassos entre 100 histerectomies vaginals que vivien després de 5 anys, i nostre Fargas, entre 72 operades per via vaginal unes i abdominal altres, en tenia unes 20 que vivien després de 5

anys, éssent de notar que d'aquestes de cada 10, 9 eran neoplasies del còs del úterus.

Finalment, crec oportú donar major relleu en les conclusions a la que podríem dir-ne terapèutica profilàctica del cranc; els estudis biològics i estadístics d'aquests últims anys, han posat de manifest l'importància que'n la gènesi del cranc tenen l'irritació sostinguda, la flogosi vulgar crònicament persistent, les metritis del coll no tractades o mal cuidades, modalitats especials d'alimentació i viure, etz., creant, com hem convingut en dir-ne, un estat pre-cancerós, que convé ben remarcar, per a en lo possible evitar-lo o combatre oportunament.

Discussió: Dr. Sans i Ricart.

Com que encara es desconeix la veritable etiologia del cranc, resulta que'l tractament també és desconegut, es a dir, un tractament específic.

En el cranc podem establir dos classes de tractament: el local i el general. Aquell per a destruir la neoplasia i aquest per a modificar la diàtesi cancerosa, quals corrents semblen, avui dia, inclinar-se en aquest sentit

Entre els primers es troben en primer terme l'exèresi lo més aviat i completa possible en els operables, i la destrucció de la neoplasia en els inoperables, mitjansant els cauteris. Galvano cauteri, cauteri de Percy, electro-coagulació de Doyen, fulguració de Keatmy Hart, agulla de Forest, radio i radiumteràpia o la combinació d'uns i altres i destrucció per medis químics, polvos, pastes i líquids corrosius.

Entre els segóns, ja obrant sobre l'organisme general, excitant les defenses, ja modificant la diàtesi cancerosa, ja anant a lluitar contra les mateixes cèl·lules neoplàsiques, estàn els productes de teixits, ja normals ja patològics del mateix tumor, en forma d'extrets i emulsions, autolitzats i serums, com també les drogues químiques.

Un punt sumament important i que pot donar-nos llum pel tractament, és el de la immunitat estudiada en els animals d'experimentació, rates i ratolins.

La immunitat és de dues classes: natural i adquirida. Aquesta avui pot dir-se que s'obté d'una manera força absoluta, sometent els animalets a règims alimenticis o donant-los-hi begudes radíferes com també sometent-los a aplicacions de raigs X. Alguns d'aquests experiments he pogut veure i estudiar en món

viatge científic a les clíniques i institucions científiques del Nord d'Amèrica, especialment a l'Institut Rockefeller, Institució Krocke, admirable per a investigacions exclusives de càncer, i en la Universitat d'Harvard.

Les investigacions d'aplicacions de raigs X per a la immunitat que segueix el Dr. Murphi en l'Institut Rockefeller, sembla que dona molt bon resultat especialment en el sarcoma. L'efecte dels raigs X en l'animal sembla que consisteix en una forta leucocitosi que fa que no deixi pendre la inoculació del sarcoma.

Altre punt sumament important que's presenta extensament per a dit estudi, és el referent al cultiu de tumors, i estudiar mitjançant ells els problemes d'immunitat, morfologia dels tumors, vitalitat que tenen i medis en que millor es desenrotllen.

En aquest sentit són ja alguns que hi han treballat i treballen, entre altres Ebeling, R. Lambert i F. Hane.

Aquests dos últims han dirigit llurs treballs a l'estudi de la reacció de la immunitat en el cranc.

A Mr. Ebeling, de l'Institut Rockefeller i al professor R. Lambert, del Presbyterian Hospital i Columbia University, els hi remercio des d'aquí, lo molt que feren per a que pogués veure quèlcom de lo que feien en el cultiu de teixits, en ma visita d'estudis científics.

Rectificació: Dr. A. Pujol i Brull.

Mercés a tots els que han honrat la ponència amb les seves observacions; l'explendent discussió de la mateixa és una demostració plena, de l'interés del tema i de l'acert d'haver-lo posat en aquest Congrés.

La meua rectificació ha d'ésser curta, perquè cap discrepància fonamental em separa dels senyors objectants: sòls lleugers matisos o qualche mal entés que fàcilment serà esbrinat. Començaré per manifestar la meua conformitat a lo dit pels Drs. P. Esquerdo, J. M. Peyri i Rocamora, Clotet, Jaume Peyri, Torrents i Castellort, Sans i Ricart, Umbert, Sicart i Freixas. Tots els esmentats senyors han evaluat nostre treball amb les llurs atinades observacions, fent gala d'un profund coneixement del tema i enfocant-lo en els seus aspectes més interessants. Lo mateix puc dir dels Drs. G. Ribas, Fargas, Guilera i Terrades, amb els que, si bé fonamentalment estém d'acord, convé aclarir algún concepte, ja sigui perquè impensadament he sigut tergiversat, ja perquè en algún altre no puc donar la

meva conformitat per a no estar en desacord amb el meu modo de pensar i d'actuar en matèria de càncer, i amb lo que vinc dèu de molt temps sostenint en Acadèmies i Congresos.

El Dr. G. Ribas es mostra partidari dels Raigs X en el tractament del càncer, creient que'ls Raigs X ultra-penetrants són millors que'ls γ del radium; per a la seva preferència es fonamenta ademés en la millor facilitat d'aplicació i en l'aspecte econòmic, perquè resulta molt més barata una instal·lació radiològica que un stoch de radium.

Si el Dr. G. Ribas rellegeix la meua ponència es convencrà del valor que jo dono a la radioteràpia en el tractament del cranc; jo no he pas dit que sigui inútil en el cranc de la matriu, en general, sinó tant sols en l'inoperable, i no ho he dit perquè d'aquest punt concret no n'he parlat per manca d'experiència, perquè com jo porto l'operabilitat del cranc uteri fins al límit extrem, quan no crec un cas operable, opino que la radioteràpia es inútil.

De manera que consti-li al Dr. G. Ribas que jo no afirmo ni nego; després d'estudiar la manera d'obrar dels Raigs X posant a contribució la meua experiència personal amb instal·lació pròpia, per la difícil *accessibilitat* del cranc d'úter *inoperable* i escassa fragilitat de la cèl·lula malalta en front dels Raigs X, inclús els ultra-penetrants, opino que la radioteràpia és inútil en el cranc inoperable i per a els cassos operables *afirmo* que's molt millor l'operació. Espero que quan el Dr. G. Ribas porti un xic més de temps amb experiència radiològica em donarà la raó.

Al parlar el Dr. G. Ribas de la radiumteràpia ens porta 12 cassos, dels que en un sol s'ha fet l'anàlisi histològic; per manca de medis els demés sols s'han diagnosticat clínicament. Els medis físics entrats de nou en la terapèutica del càncer obliguen a fer una revisió de valors en la que tots els cassos que no vinguin degudament etiquetats amb llur cognòim histològic, han d'ésser rebutjats. De raigs X-Radium sense els estudis histològics no'n sabríem avui res; no sabríem la raó de no curar-se un caneroide del llabi (ultra refractari) i en cambi curar-se, per exemple, un enorme sarcoma mediastínic.

Al Dr. Fargas Raymat, una petita aclaració: en la meua ponència jo no afirmo que'l càncer es curi desapareixent ofegat pel teixit conjuntiu; jo li prego que rellegeixi les planes 409 i 414 i veurà com jo no he dit semblant cosa. En la curació de

tot càncer es troben dos factors, desaparició citolítica de la cèl·lula paràsita i reparació de la pèrdua de substància per un treball de reconstrucció a expenses del teixit conjuntiu. Es aquest excitat en són poder proliferatiu pels Raigs X, com opina Exner, o bé l'irradiació ataca tan sols a la cèl·lula malalta?

Això avui resta encara ignorat i no podem sortir del terreny de l'hipòtesi. Sense admetre la teoria d'Exner per manca de proves, haig de fer constar de nou que no'm sembla del tot desproveïda de fonament, malgrat tots els arguments adults en contra d'ella i que jo faig constar en el meu treball.

El Dr. Guilera ha fet a la meua ponència veritables objeccions, ben clarament sustentades, lo que fa que jo també, sense eufemismes, pugui contestar-li. Poc m'haig d'entretenir en discutir si hem de dir curació o supervivència; la costum quirúrgica és donar per curada a tota operada de càncer d'úter que als cinc anys disfruta, en apariència clínica, de bona salut; els cassos de reproducció als 8, 10, 12 i més anys, si bé no són freqüents tampoc són una raresa; mes consti que tota cancerosa operada que sobreviu més de cinc anys en bones condicions, pot consider-se afortunada, i l'operació, per grossa que sigui, no ha sigut malaguanyada. La qüestió filològica, més que de concepte, plantejada pel Dr. Guilera, està perfectament d'acord amb lo sustentat per mí en la ponència; la certesa de curació d'un cancerós no podem tenir-la mai perquè no tenim medis de saber si amb la terapèutica empleada (sigui qualsevolga) han quedat cèl·lules adormides que al desvetllar-se tornin a recomençar el procés; i encara dic més en la meua ponència (pàgina 414): fins en els cassos en que fos possible tenir l'evidència d'haver extirpat totes les cèl·lules anarquitzades l'ex-cancerós hauria de quedar tant canceritzable com abans, segons el mecanisme histogenètic que jo crec més versemblable. La terapèutica general eficienta del càncer està encara per descobrir; la terapèutica local de bons resultats en els cassos *assequibles*, pot curar l'episodi local de la malaltia, mes això ho fa sense influenciar poc ni molt la predisposició de l'organisme que fa al subjecte *canceritzable*.

I aném a veure quina és la tècnica quirúrgica més convenient per a intentar la curació del càncer de l'úter o més ben dit si puc ratificar-me en que l'única operació *llegítima per a curar el cranc uterí* és l'operació de Wertheim. En aquest punt concret resulta que'l Dr. Guilera i jo estém del tot distanciat,

doncs ell preconitza operacions senzilles en front de la gran exèresi wertheimniana; per la meua ja llarga experiència ginecològica, personal i agena, puc afirmar que no ja la amputació del coll uterí, sinò les histerectomies vaginal i abdominal senzilles no donen garantía acceptable de curació en el cranc uterí. Si la tècnica de Wertheim fos possible fer-la més radical, seguint les idees de Jonnesco, sense augmentar la mortalitat operatoria, el nombre de curacions definitives fóra molt més gran.

L'argument de les estadístiques té un valor tant relatiu que si algú dia es pogués fer una revisió acurada de les mateixes, moltes d'elles farien segurament un paper més que ridícul. Jo he practicat moltes histerectomies vocals i abdominals; malalta operada de cranc per la vía vaginal (procediment senzill) amb dos anys de supervivència *no'n tinc cap*, en cambi amb l'operació de Wertheim tinc cassos de curació aparentment completa que porten nou anys d'operades, i el Dr. Guilera haurà de convenir que pel cirurgia, que fa correctament un buidament pelvià per la vía alta, una histerectomia vaginal és una operació senzilla. Jo no preconitzo com a sistema la tècnica de Wertheim amb la torna de reseccions de bufeta i de budell que quasi sempre són un desastre, sinò immediat, llunyà, i per això quan obert el ventre em trobo amb un cas ja massa extés prefereixo abandonar tota tentativa tornant a tancar el ventre que anar en busca d'un fracàs segur que no sòls perjudica de retruc a la pobre malalta, que no pert res morint-se, sinò a d'altres malaltes que si s'enteren de que una operació té un coeficient de mortalitat massa crescut fugen de l'intervenció, i per lo tant abdiquen dels beneficis que la mateixa els podria reportar. El criteri per mí sostingut en diferents Congresos de que tota malalta de cranc uterí operable deu operar-se, i que l'única operació eficaç és la de Wertheim, el sostinc en tota la seva plenitut, i lo contrari fóra una veritable paradoxa, perquè lo admés, ja més que cert, axiomàtic, en el càncer de la llengua amb la llotja carotídea, el càncer de la mamella amb l'aixel·la, etz., es veuria contradit respecte del cranc uterí si lo sustentat pel doctor Guilera fos una tesi acceptable.

Essent el Dr. Terrades també partidari de l'histerectomia vaginal en el cranc uterí, perquè ell creu que dóna millors resultats curatius, encara que ja confessa que'ls cassos vocals són generalment més escullits que'ls abdominals, queda contestat

amb lo que acabo de dir, i sòls per a insistir en un punt de tanta importància jo voldria poguer escullir un nombre determinat de cassos i fer-los intervenir per un sòl cirurgià amb tècnica ben hàbil i correcta; la mitat per la vagina i l'altra mitat per l'abdoment fent el buidament pelvià clàsic. Jo asseguro que les curacions definitives, en nombre més gran o mes petit, s'obtindrien sòls en el segón lot i potser ens aniríem convencent de que bon xic del descrèdit de les grans operacions, amb llur elevada mortalitat, és degut a tècniques defectuoses en les que per a evitar la mortalitat immediata es fan tal vegada incompletes, condemnant a la malalta a una segura recidiva, postposant l'èxit terapèutic a l'èxit operatori.

Rectificació: Dr. E. Ribas i Ribas.

L'animada discussió sostinguda per distingits companys justifica la iniciativa de la Comissió organitzadora al posar com a ponència el tractament del cranc. Glosar cada un dels punts discutits, fóra repetir la meua ponència, ja que, i força me'n felicito, han sigut acceptades totes les conclusions del meu treball, brollant de la discussió en esplendorosa claror l'eficàcia de la Radium i Röntgenoteràpia del cranc, sobre tot en el cranc de la matriu, plantent-nos tots de que no poguem encara donar una conclusió definitiva per ser curt el temps transcorregut dèu de son empleu.

Comissió que anomenà el Congrés per a realitzar les proporcions de les ponències dels Drs. Pujol i Brull i E. Ribas i Ribas, sense perjudici de que'l Congrés en plé es dirigeixi a les Corporacions oficials per a que prestin llur valió apoi.

**Dr. Pi i Suñer
Dr. Terrades
Dr. Pujol i Brull
Dr. E. Ribas i Ribas**