La lucha contra el Cáncer

El Cáncer en Antioquia

POR EL DOCTOR

J. B. Montoya y Flórez

1917

Sr. D.
Salvador Rivera
Tarazonal

La lucha contra el Cáncer

El Cáncer en Antioquia

POR EL DOCTOR

J. B. Montoya y Flórez.

1917

BEDOUT. MEDELLIN.

LA LUCHA CONTRA EL CANCER

El Cáncer en Antioquia

POR EL DOCTOR

J. B. Montoya y Flórez.

1917

BEDOUT-MEDELLIN

La lucha contra el Cáncer.

EL CANCER EN ANTIOQUIA

Dr. J. B. MONTOYA Y FLOREZ

Durante once años se han extirpado en mi servicio de Clínica quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios, 247 tumores benignos, de estos 157 externos y 90 internos. En los internos figuran 47 fibromas uterinos, sea un 23%, y 29 tumores de los ovarios, sea 11,7% del total de los benignos.

En el mismo lapso de tiempo se han operado 168 tumores malignos, de estos 102 externos y 66 internos; en los internos figuran 43 cánceres del útero, sea un 25% del total de los malignos, y de ellos 32 pertenecen al cuello y 11 al cuerpo; 12 cánceres del estómago, sea un 7,6%; 5 del hígado, etc. En los cánceres externos hay 26 mamarios, sea un 15%; 17 osteo–sarcomas del maxilar, especialmente del superior; 7 de los labios, generalmente del inferior; 5 del pene, etc.

Se operan, pues, un promedio de 15 cánceres por año.

El total de neoplasmas operados en 11 años es de 415, sea un promedio de 37 por año. Como el número de operados en el mismo lapso de tiempo es de 1921, los neoplasmas representan un 21,6%, poco menos de la cuarta parte de las operaciones ejecutadas en la Clínica.

De este somero análisis resulta que el cáncer más frecuente en Antioquia es el de la matriz, 25%; luégo el de la

glándula mamaria, 15%; el sarcoma del maxilar superior, 10%; el cáncer del estómago, 7,6%; de los labios, 4%; del hígado y del pene respectivamente, 2,3%, etc.

El sarcoma es frecuente en los miembros inferiores, adquiere gran volumen y es de pronóstico muy grave, porque se reproduce fácilmente, aunque se extirpe *larga manu*. Los portadores de estos tumores son muy sensibles a los anestésicos, y se intoxican fácilmente durante la operación.

La parótida es sitio frecuente de enormes tumores mixtos; su extirpación es de pronóstico benigno.

En la práctica civil, los epiteliomas de la lengua y de las amígdalas son frecuentes en fumadores y bebedores. Los que llegan al Hospital son por lo general inoperables, y sólo podrían tratarse, con probabilidades de éxito, por medio de la electro-coagulación térmica, tal como la recomienda el doctor George E. Pfahler, de Filadelfia, o mejor por el procedimiento de Doyen, que deja cicatrices menos feas y que no difiere sino en el modo de colocar los electrodos. En Estados Unidos ha dado también buenos resultados el método de Percy, de Chicago, por el calor bajo, con su cauterio eléctrico y reóstato especial de gran simplicidad y eficacia, muy empleado por los hermanos Mayo en Rochester, para el tratamiento electro-quirúrgico del cáncer inoperable de la matriz, y sobre el cual publicó el doctor Donald C. Balfour, un espléndido estudio de los casos tratados en la Clínica Mayo.

El electro-cauterio, termo-cauterio y el cauterio actual de soldador, no sirven sino para lesiones erosivas, pues su acción es muy superficial, forzosamente limitada por la misma costra o escara de carbonización que forman y que aisla los tejidos neoplásicos como el amianto, a menos que se repitan las sesiones diez, veinte o más veces, o se arranque la costra para continuar en la misma sesión.

El radio en ciertos casos es muy eficaz, colocado el tubo dentro de la boca y no por fuera. Otro tanto puede decirse de los rayos Roentgen ultra penetrantes, pero como lo hizo observar Doyen, la electro-coagulación es el método de elección por su modo particular de calentar los tejidos que están en contacto con el electrodo pequeño, sin formar costras de carbonización, pero haciendo entrar en ebullición los líquidos orgánicos y cociendo o coagulando el cáncer en pocos minutos. La menor vitalidad de las células cancerosas domina la cuestión del tratamiento térmico local del cáncer. Mientras que para matar las células normales se necesita una temperatura de 60°, para destruír la virulencia de las cancerosas basta sólo una de 50 a 55 grados centígrados; estas se coagulan como clara de huevo cocida, y mueren desintegrándose luégo sin producir hemorragias secundarias, a menos que se haya colocado el electrodo pequeño sobre una región de gruesos vasos, lo cual es una contraindicación, así como la proximidad de nervios vitales como el neumogástrico, pongo por caso; en tales circunstancias debe emplearse el aire caliente a 600° centígrados, único indicado en las cavidades anfractuosas cerca a gruesos troncos sanguíneos y nerviosos, pues obra superficialmente y sólo penetra tres a cinco milímetros, mientras que la electro-coagulación es más difícil de graduar y puede penetrar, según el tiempo y la intensidad de la corriente, hasta ocho centímetros de profundidad y en esto reside precisamente su mayor eficacia y el secreto de su superioridad sobre todos los procedimientos empleados hasta hoy.

La fulguración, propuesta desde Julio de 1907 por mi maestro el Profesor Pozzi, es muy eficaz en las lesiones superficiales, pero inútil en las lesiones profundas, pues no penetra a más de cinco milímetros y forma costra aisladora. Los cirujanos americanos la aconsejan especialmente para tratar la herida después de la extirpación del cáncer, o bien para tratar la cicatriz reciente, y en tal caso se aplica bajo la forma de largas chispas de alta frecuencia con el electrodo de brocha o los tubos a vacuo, y no con electrodos puntiagudos y chispas cortas, que producen un efecto térmico considerable y perfectamente inútil en tales casos.

Su triunfo ruidoso es debido a su acción rápida y maravillosa en el tratamiento de los papilomas benignos de la vejiga; allí su acción es específica y nunca soñada por el más optimista, como se puede ver por los trabajos de todos los grandes urologistas, especialmente de Edwin Beer, su promotor en New York, y de Legueu, los magos incomparables

de esta especialidad y a quienes debo eterna gratitud, particularmente a mi noble maestro el Profesor Félix Legueu, el delicado amigo y admirable orador de la Facultad de París.

El único progreso indiscutible hoy en el tratamiento del cáncer accesible es el método electro-quirúrgico que va tomando un vuelo extraordinario y cuyos numerosos éxitos se cifran ya por miles, aun cuando su vulgarización ha sido y será lenta, dada su técnica delicada de cirujano-electricista y mecánico a lo Doyen, o bien de cirujano ayudado por un técnico como se hace en las grandes clínicas de Europa y de Estados Unidos. Lo más importante, como dice William J. Mayo, es que toda lesión precancerosa o sospechosa no se descuide, y una vez hecho el diagnóstico precoz de cáncer, se trate, si es accesible, por la electro-coagulación; de esto depende principalmente el éxito permanente de la curación y los médicos deben darse cabal cuenta de su responsabilidad a este respecto.

El selenio, la eosina, la cuprasa o el electro-cuprol, el suero de Doyen, etc., ensayados en grande escala aquí en Medellín, tanto personalmente como por otros colegas, no han servido para nada y son por lo tanto en extremo perniciosos, pues hacen perder un tiempo precioso y dan lugar a que los ganglios se infecten y la neoplasia gane órganos vitales.

Doy en seguida el resumen de algunos enfermos que he tratado por la electro-cauterización y fulguración combinadas, la fulguración simple y por la electro-coagulación:

1ª Observación.—F. P. V., 64 años, blanco, casado, colombiano, del Carmen de Vivoral. Un hermano y un tío murieron de cáncer, el uno en la mucosa geniana y el otro en la lengua.

Ni alcohólico ni sifilítico, pero sí gran fumador de cigarro.

De profesión agricultor, hace muchos años sufría de una fisura o boquera en el ángulo izquierdo de la comisura labial. De dos años para acá se ulceró la mejilla correspondiente por dentro, y de un año a esta parte en la comisura labial apareció un tumorcito verrugoso y el labio inferior se ulceró hasta el centro.

El 2 de Abril de 1915 le cautericé con el electro-cauterio, y luego cada 15 días. La úlcera de la mucosa geniana desapareció a las cuatro sesiones; la de la comisura a las diez sesiones y la última, más profunda, fue la del centro del labio. Se le hicieron además dos sesiones de fulguración de un minuto de duración y con anestesia local por la cocaína.

Primitivamente parecía inoperable, sin una extensa autoplastia, pues su aspecto era más bien serpiginoso. Los ganglios submaxilares comenzaban a infartarse del mismo lado, y hoy son imperceptibles. Estado general satisfactorio, color sanguíneo. La curación se mantiene hasta hoy 30 de Mayo de 1917.

2ª Observación.—A. J. de M., 65 años, blanca, casada, colombiana, de Medellín.

Antecedentes sin importancia. Artritismo exagerado. Hace 7 años le apareció sobre el labio superior, del lado derecho, una pequeña placa rosada furfurácea que duró así mucho tiempo; más tarde se cubrió de una costra gruesa que la paciente se arrancaba con frecuencia. En Diciembre de 1915 presentaba el aspecto de una úlcera orbicular de bordes indurados y muy dolorosa, sangraba fácilmente al menor contacto. Seis sesiones de fulguración con anestesia local. Cicatriz discretísima. Se sostiene la curación.

3ª Observación.—J. R. B., 37 años, blanco, soltero, colombiano, de Amagá.

Antecedentes sin importancia. Es casi un albino de temperamento neuro-artrítico.

Hace 15 años le apareció una ulceración serpiginosa en el labio inferior, semejando un eccema crónico y resistida a los mejores tratamientos. Ganglios submentonianos ligeramente infartados. El 26 de Mayo de 1916 se le comenzó a cauterizar con el electro-cauterio, con ocho días de intervalo; a las tres sesiones había cicatrizado completamente, y así duró hasta el 15 de Septiembre de 1916, en que volvió a aparecer la ulceración en el centro del labio. Una sesión de fulguración de 30 segundos bastó para que cicatrizara por tres meses más; luégo en Enero de 1917 nueva fulguración y cicatrización por un tiempo. Origen incierto de la ulceración y

resultado del tratamiento apenas paliativo.

4ª Observación.—F. O., 57 años, blanco, casado, colombiano, de Medellín, comerciante de profesión.

Hace un año apareció una ulceración al lado derecho de la raiz de la lengua, que invadió luégo el pilar y la amígdala. Antecedentes cancerosos. Tanto el doctor Edwin Beer, como el doctor Hermann, de New York, diagnosticaron cáncer inoperable.

El 8 de Noviembre de 1916, le hice la electro–coagulación en tres puntos: lengua, pilar y amígdala, de una duración de 2 minutos, 1 minuto, y de 30 segundos, respectivamente. Electrodo de 5 milímetros de diámetro, zona de coagulación blanquecina doble o triple. A los cinco días se declaró una neumonía del lado derecho, y murió al octavo. Enfermo de poca resistencia, muy caquéctico.

5ª Observación.—Rosalía L., 65 años, negra, soltera, colombiana, de Medellín y de profesión sirvienta.

Antecedentes de familia sin importancia. Gran fumadora de cigarro, ordinariamente con el fuego para dentro, como acostumbran muchas viejas de esta tierra. Placas leucoplásicas hace por lo menos ocho años; hace dos años notó un botón molesto en el interior de la mejilla derecha, poco a poco apareció una ulceración extensa de la mucosa geniana y de la comisura de los labios, con otro botón sobre el labio inferior.

Al examen se ve un enorme coliflor sanioso del interior de la mejilla, la mitad del labio está invadida profundamente y los ganglios enormes. En el resto de la mucosa se ven numerosas placas de leucoplasia, y es de notarse que no hay el menor antecedente sifilítico. En vista de la inoperabilidad de este epitelioma, resolví hacer la electro–coagulación térmica el 14 de Noviembre de 1916. Esta se hizo en mi servicio del Hospital de San Juan de Dios, con anestesia clorofórmica. El 1º de Diciembre nueva electro–coagulación bajo el cloroformo, pero sólo de diez minutos; el 15, tercera y última sesión de 25 segundos con anestesia local. Curación perfecta hasta hoy, resultado cosmético muy satisfactorio, comisura apenas estrechada. El 5 de Febrero de este año se extirpó

la glándula submaxilar y los ganglios; cicatrización *per primam.*

6ª Observación.—A. P. de M., 57 años, blanca, casada, colombiana, de Medellín.

Cáncer cavitario del útero desde hace seis meses, disuria y flujo fétido, caquexia avanzada. El examen mostró un útero poco movilizable, hocico de tenca destruído por una ulceración crateriforme que invade parte de los fondos de saco. En vista de la inoperabilidad del cáncer, se le hizo una electro–coagulación, bajo la anestesia clorofórmica, en Diciembre de 1916, y 20 días después una cauterización con aire a 600° centígrados. La ulceración no cambió gran cosa, y la señora murió cuatro meses después de los progresos de su mal.

7ª Observación.—N. N., 60 años, hombre blanco, soltero, arriero, colombiano, de San Jerónimo.

Hace un año le apareció un grano en el ala derecha de la nariz; ésta se ulcera más tarde y se recubre de una costra negra, dura y gruesa, muy tenaz.

La úlcera, del tamaño de una moneda de 20 centavos, es de forma escavada y saniosa.

Después de cuatro sesiones de fulguración, de 30 segundos de duración, sanó hasta hoy.

La última sesión se le hizo en los primeros días de Enero de este año.

El tratamiento de elección para el cáncer mamario en la mujer, es la amputación de la glándula con la extirpación de los ganglios axilares y parte del gran pectoral y hasta de ambos, si es necesario, por el procedimiento de Halsted, el único lógico y el más eficaz. Es esencial extirpar los ganglios, aun cuando parezcan sanos. Si un cáncer no se opera por este método, es mejor no tocarlo, porque su reprodución es segura y rápida. Es raro que vengan al Servicio casos incipientes, pues por lo general son muy avanzados, y algunos parecen hasta inoperables. En once años he operado en el Hospital, por el método de Halsted, 26 casos, sin una muerte. Hasta hoy no ha vuelto ninguna enferma a que se reopere, por reproducción. Una volvió con una metástasis en

la *dura mater*, un *fungus*. Se había operado seis meses antes de un enorme sarcoma con invasión de los ganglios axilares.

La operación del eminente cirujano americano Halsted, es muy aparatosa, pero benigna y eficaz en tiempo oportuno. Jamás he tenido que deplorar la lesión de los vasos o nervios axilares.

El tratamiento de elección para el cáncer limitado al cuello uterino, sin invasión de los fondos de saco vaginales ni de los ligamentos anchos, es decir, con un útero *completamente movilizable*, es la histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen, dejando dos de sus pinzas en cada ligamento; las dos grandes se quitan a las 48 horas y las pequeñas o de refuerzo se aflojan y se dejan en su puesto para retirarlas dos horas después. Así se evitan las hemorragias secundarias, que ordinariamente provienen de que los tejidos se adhieren fuertemente a las pinzas, y si se sacan todas de una vez, arriesga a desgarrarse un vaso. En caso de hemorragia basta poner un espéculo de Collin y dejarlo abierto una o dos horas, taponando su interior con gasa estéril.

Esta clase de histerectomía se hace a lo más en diez minutos, y ordinariamente en cinco; la intervención es de lo más benigno que puede darse. En once años he operado en el Hospital 25 casos, sin una defunción. Dos casos con prolapso útero-vaginal, que son muy raros. Ninguna ha vuelto a que la reoperen por recidiva o metástasis. La asepsia de la vagina se hace con tintura de yodo y hasta hoy no he acostumbrado cauterizar el cuello con el termo antes de hacer la circuncisión; esta precaución parece, sin embargo, muy lógica. Las pacientes se levantan a los doce días, y dejan el Hospital a los quince.

En el cáncer primitivo del cuerpo uterino, la operación que parece lógica es la de Wertheim, equivalente a la de Halsted para la mama, pero al contrario de ésta, es una intervención de pronóstico inmediato, muy grave por el *shock* en enfermas de poca resistencia por lo general.

Por otra parte, es raro el cirujano que por una verdadera disección anatómica extirpe todos los ganglios hasta el riñón, y por lo general se limitan a extraer los que se sienten infartados, tres o cuatro por lo regular, lo que no impide las fístulas ureterales o la necrosis de estos conductos privados de su tejido conjuntivo.

En once años he operado en el Hospital, 9 histerectomías abdominales totales para cáncer primitivo del cuerpo con dos defunciones, una por accidente clorofórmico al terminar la operación en una enferma de 70 años de edad, muy caquéctica, y en la otra la operación fue especialmente laboriosa por lo enorme de la neoplasia, un sarcoma acompañado de una piosalpingitis izquierda adherida a la ese iliaca.

El cáncer secundario del cuerpo, por propagación del cuello, es ordinariamente inoperable y debe tratarse por electro-coagulación térmica, según el procedimiento de Doyen, su inventor, o bien por el método de Percy, abriendo el abdomen para que un ayudante pueda coger el útero y juzgue con precisión del grado de calor necesario y además lo empuje contra el cauterio vaginal; la operación dura una hora ordinariamente. Las pacientes pueden levantarse a los diez días. Muchas veces a los dos meses se encuentra un útero móvil, de cuello cicatrizado y entonces debe hacerse la histerectomía, para mayor seguridad, como lo aconseja Balfour.

CONCLUSIONES

I.—Cáncer del cuello uterino sin propagación a la vagina ni a los ligamentos anchos: histerectomía vaginal.

II.—Cáncer limitado al cuerpo del útero, sin propagación a los ligamentos anchos ni a la vagina: histerectomía abdominal total simple, sin extirpación de ganglios.

III.—Cáncer del cuello con propagación a la vagina o a los ligamentos anchos, o bien cavitario con propagación al fondo: electro-coagulación o método de Percy, en primer lugar, y si el útero cicatriza y se hace movilizable, histerectomía vaginal cuatro o seis semanas después.

IV.—Cáncer del cuerpo con propagación a los ligamentos anchos y al cuello en enfermas de caquexia avanzada, a-

plicar sólo la electro-coagulación o el método de Percy.

V.—En los grandes sarcomas primitivos o secundarios a fibromas degenerados (angiosarcomas), los accidentes anestésicos y el *shock* por hemorragia son muy frecuentes, especialmente en tumores que pasan de 5 kilos. Generalmente se trata de enfermas obesas con lesiones cardiorrenales más o menos avanzadas que deben someterse a un tratamiento preliminar, y si mejoran se hará la histerectomía abdominal total *simple*, o bien se pospondrá indefinidamente toda intervención.

BIBLIOGRAFIA

E. Doyen. *Traité de thérapeutique chirurgicale.* Tome troisiéme. París 1910.

George E. Pfahler, M. D. «The treatment of malignant disease about the mouth by combined methods». *The Journal of the American Medical Association.* Nov. 18. 1916.

Percy J. F. «The results of the treatment of cancer of the uterus by the actual cautery with a practical method for its application». *Journal Americ. Assoc.* 1912.

Donald C. Balfour. «The treatment by heat of avanced cancer of the cervix. (Percy's method)».

Donald C. Balfour. «The relative merits of the operations for cancer of the uterus» in *Collected Papers of the Mayo Clinic.* Vol. VII. 1915.

J. B. Montoya y Flórez. «Algunas observaciones sobre histerectomía vaginal». *Anales de la Academia de Medicina de Medellín.* Junio 1897. Número 12.