

SOBRE EL DIAGNOSTICO HISTO-PATOLOGICO

En el Curso de las Intervenciones Quirúrgicas

POR ULISES VALDEZ Y TOMAS G. PERRIN
ACADEMICO DE LA SECCION DE ANDRO-
LOGIA Y UROLOGIA ACADEMICO DE LA
SECCION DE ANATO-
MIA PATOLOGICA

El diagnóstico histológico rápido, en el curso de la operación, y para normar el alcance de esta, no es una novedad en Medicina. Desde hace años utilizase en los grandes hospitales norteamericanos; principalmente en los de la Fundación Mayo, de Rochester.

Sin embargo, no parece ser practicado con frecuencia en los centros quirúrgicos europeos y, por lo que respecta a nuestro país, ignoramos que se haya terminado una operación teniendo el cirujano ante su vista el informe con el diagnóstico anatomo-patológico de la misma pieza extirpada.

Por eso estimamos puedan ser objeto de algún interés, los dos primeros estudios que sobre el particular hemos realizado.

*
* *
*

La circunstancia de tener hoy contiguas nuestras instalaciones de Sanatorio y Laboratorio, nos decidió a poner en práctica el proyecto ya con anterioridad planeado de someter al examen microscópico, durante la intervención quirúrgica, algunos neoplasmas de diagnóstico clínico dudoso.

El primer caso fué el siguiente:

Nº 309. M. S. de 67 años. Soltera. Religiosa. El padre murió, ya anciano, de una enfermedad del corazón. La madre de debilidad senil. Una hermana, también cardiaca, y otra de cáncer en el intestino.

La enferma tuvo a los cinco años parálisis infantil que la dejó casi inválida del brazo derecho y pierna del mismo lado. Desde hace 18 años padece perturbaciones gástricas; principalmente hiperclorhidria. Hace 10 años fué operada de hemorroides.

Desde el mes de marzo del presente año comenzó a tener comezón en el

pezón izquierdo y a notar escurrimiento de una serosidad amarillenta que le formaba costra. Había un poco de dolor a la presión y al levantar el brazo. Los senos son poco abultados; los pezones pequeños; el izquierdo retraído, hundido casi en la mitad superior. No se siente tumor o endurecimiento en la glándula que, atrofiada, se pierde en el tejido célula-adiposo. No hay ganglios axilares infartados.

Diagnóstico clínico: Probable cáncer del seno, comenzando a desarrollarse en los canaliculos.

Operación: Con anestesia local se hace una incisión oval circunscribiendo el pezón y profundizándola hasta la cara posterior de la glándula, donde se encuentra un nucleo duro poco más grande que un garbanzo. Se manda la pieza al laboratorio y a los doce minutos, mientras se han ligado los vasos y cemenado a saturar la herida llega el informe: Fibro-adenoma benigno. Terminamos el acto operatorio con una satisfacción que nunca habíamos sentido al intervenir casos de esta naturaleza, en que el cirujano no puede saber durante dos o tres días si es benigno o maligno el tumor, y nada puede decir a los deudos, y todo es incertidumbre y ansiedad.

El caso segundo no presentaba dudas clínicas sobre su malignidad, pero estimamos interesante, desde el punto de vista científico, utilizarle en nuestros estudios.

Nº 810. M. B. de 68 años. Viuda, sin hijos. Sus padres y hermanos murieron de diferentes enfermedades agudas. Padeció de tifo en su juventud.

Hace nueve meses comenzó a sentir dolor en el seno izquierdo y cinco meses más tarde notó que el pezón se hundía.

Dicho seno es un poco más grande que el derecho. El pezón está retraído. En el cuadrante superior externo y parte del interno se siente una masa dura que llega hasta el pezón al que parece estar adherida. Nótase un cordón endurecido debajo del borde externo del pectoral y ganglios infartados en la axila. No hay alteraciones en la piel.

Diagnóstico: Cáncer del seno con infarto ganglionar axilar.

Operación: Incisión sobre la parte media del tumor para tomar una muestra que se manda al Laboratorio. Taponamiento de esta herida y oclusión provisional con pinzas de garras. A los siete minutos se recibe el Informe:

Cáncer epitelial: Epitelioma acinoso. Se procede en consecuencia a la amputación radical del seno. En este caso modificamos el trazo clásico de la incisión, la que será objeto de una comunicación especial, en la que aportaremos nuevas observaciones.

La técnica a que fueron sometidos estos tejidos, y que en el caso segundo nos permitió hacer el diagnóstico histológico en menos de siete minutos (precisando mas, en seis minutos cinco segundos) fué exactamente la siguiente:

Tallado de un fragmento de 2 m.m. de espesor.....	0'30»
Fijación en alcohol hirviente, formolado al 1 por 10....	1'0 »
Induración en alcohol absoluto hirviente.....	1'0 »
Cortes con microtomo de congelación.....	0'45»
Coloración nuclear con hematoxilina ferruginosa,.....	0'30»
Lavado y coloración plasmática (y electiva de los tejidos conjuntivo laxo, elástico y nervioso) por la picrofucsina de Van Giesson.....	0'45»
Lavado, deshidratación, aclaramiento y montaje.....	0'50»
Observación microscópica	0'45»

Puestos de acuerdo sobre la hora en que la operación comenzaba, dispusimos para aquel momento en un calentador eléctrico de cavidad cilíndrica, dos tubos de ensayo; con alcohol formolado, el uno, y simplemente con alcohol absoluto el otro; ambos a punto de comenzar la ebullición; la platina de congelación del microtomo estaba próximamente a la altura requerida para recibir el tejido que había de cortarse, su llave estaba cerrada, pero la del cilindro de anhídrido carbónico, abierta, y la navaja puesta.

En una placa de porcelana con cavidades teníamos depositados los reactivos colorantes, de lavado, deshidratantes y aclaradores; al lado, ya limpios, disponíamos de porta y cubreobjetos, a más de pinzas, espátulas y agujas; el microscopio estaba iluminado.

Los cortes fueron dados con un espesor variable de cinco a ocho micras. Obtenida la congelación del tejido, lo que se logró muy bien en veinte segundos, bastaron diez para conseguir de 15 a 20 cortes. Logrado el primero, un ayudante comenzó las maniobras de coloración.

Las operaciones dichas fueron hechas sin precipitación alguna, antes bien con cierta lentitud, dentro de la precisión debida. Pudieron suprimirse todavía cuarenta y cinco segundos de la segunda coloración, utilizando como colorante único un azul policrómico, pero estimamos totalmente innecesaria esta reducción de tiempo.

Al entregar la enfermera en el Laboratorio la pieza de estudio, se anota en la tarjeta de envío la hora exacta, escribiéndose después, sobre el mismo documento, el diagnóstico histopatológico y la hora de salida del Informe.

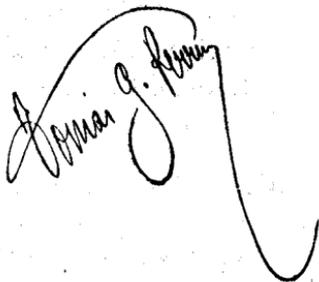
* * *

Réstanos decir que estamos muy lejos de creer que todos los estudios anatomo-patológicos puedan ser hechos en la forma dicha; algunos requieren técnicas especiales, ejecución de gran número de cortes, y un muy prolongado

estudio microscópico, pero gran número de lesiones y la inmensa mayoría de los neoplasmas (exceptuamos solo por la dificultad diagnóstica algunos teratomas y tumores mixtos, y por exigencias técnicas los de tejido clasificado) pueden ser rápidamente reconocidos al microscopio, previa la brevísima técnica descrita.



U. M. Valdes



Juan G. Romo

Según datos existentes, en Madrid no se conocía en 1760 un solo excusado. La costumbre consistía allí en arrojar los excrementos a la calle durante la noche por las ventanas, siendo aquellos recogidos al día siguiente por los encargados de botar la basura. La ordenanza real que obligaba a los dueños de casa a construir excusados fue recibida con violenta oposición por el pueblo, que la consideró un acto arbitrario; habiendo sucedido que fue criticada hasta por los médicos, quienes alegaban que las inmundicias absorbían las partículas malsanas del aire, las que, de lo contrario, serían absorbidas por el cuerpo humano. Sin embargo, con laudable celo, el Rey insistió en la medida; pero con el objeto de conservar en buen estado las substancias alimenticias, muchos de sus súbditos construyeron excusados cerca de los hogares de sus cocinas.

No debemos sorprendernos en modo alguno de que con semejantes condiciones antihigiénicas la mortalidad de las ciudades excediera el coeficiente de la natalidad y de que la población de las ciudades tuviera que renovarse constantemente con gentes provenientes de los campos, condiciones estas que existieron hasta fines del siglo décimo octavo. (1)

(1) Las estadísticas demuestran que, hasta hace pocos años, la mortalidad de los pueblos y de las ciudades fue siempre más elevada que la de los distritos rurales, condición esta que ha desaparecido merced a la buena administración sanitaria de las principales ciudades.