

Comentarios hechos al trabajo del doctor Villarreal en la sesión del 29 de octubre de 1930.

Dr. Gonzalo Castañeda:—El interesante caso que nos ha traído el Dr. Villarreal, laringectomía por cáncer, puede juzgarse desde los puntos de vista diagnóstico, técnico y terapéutico. Respecto al primer punto, el examen histopatológico de la pieza lo ratificará; clínicamente llama la atención, que no obstante el gran tamaño del tumor y su edad, más de un año, no haya presentado adenopatías. En cuanto a la técnica quirúrgica la seguida por el operador me parece correcta e irreprochable; empleó la anestesia local cocaínica, esto explicaría el que no hubiera fenómenos de irritación recurrencial, bloqueó el mediastino, maniobra que evitó una mediastinitis; no hubo choque, etc.; estos accidentes que yo he visto en mis propias manos fueron sabiamente alejados. Terapéuticamente el resultado, hasta la fecha, es hermoso y rotundo, no quedaron fístulas, el hombre se mira y se siente sano. La operación estaba indicada, y fué más allá, pues no solo curó la estenosis, muy avanzada, sino que resolvió el problema de modo radical. La historia honra al Dr. Villarreal y a la estadística quirúrgica de México.

Dr. Arroyo:—Yo voy a referirme únicamente a la parte que me tocó desempeñar en este caso: yo tuve ocasión de estudiar, no el tumor sino un fragmento, y cuando hice ese estudio creía encontrarme con un neoplasma y me encontré con un tejido muscular casi normal con una *miositis* intersticial crónica poco acentuada, lesión que no supe a que atribuirle y ahora me causa sorpresa saber que se trataba de partes adyacentes a un tumor como el que nos han presentado esta noche. En todo caso sí nos debe llamar la atención que no hubiera elementos neoplásicos en los fragmentos musculares que yo estudié y esta particularidad de hacer estudiar los fragmentos adyacentes al tumor, es magnífica y muy de tenerse en cuenta.

Dr. Rivero Borrell:—Es de suponerse que el Dr. Villarreal hará estudio histopatológico de la pieza porque eso daría un dato seguro, principalmente para tener una idea sobre el porvenir del enfermo; porque

rúrgicamente ya sabemos que la indicación de la intervención estaba sentada, desde el momento que el tumor obstruía la laringe, pero sí creo que ese estudio es absolutamente necesario para poder fundar las dos cosas, el diagnóstico y el porvenir del enfermo.

Dr. Villarreal:—Agradezco las frases amables de mi amigo el Dr. Castañeda, pero no participo con él la idea que nos manifiesta con respecto al neoplasma: él como profesor de clínica, habrá visto casos de cánceres de la laringe y el cuadro laringoscópico que es típico, le habrá quedado en la mente como cuando se ve el cuello uterino afectada de cáncer y sin pretensión yo digo de mi parte; cuando veo un cuello uterino y lo toco, tengo tanta fé como podría tenerla el histologista más avezado, en la exactitud del diagnóstico y esta seguridad me la da una larga experiencia en que he hecho la educación de mis sentidos, del tacto y vista para hacer estos diagnósticos. Y pasa con la laringe cuando uno ha tratado cánceres de la laringe que se tiene la impresión de cómo han invadido el órgano y como son, etc., y no los confundo ni con la tuberculosis ni con la sífilis: un neoplasma maligno que empieza con una ronquera, que se va acentuado el crecimiento del tumor hasta ser tan grande como ustedes lo ven en la pieza patológica que presento, pueden apreciar el estrechamiento de la glótis y que asombra uno el pensar cómo pudo este hombre estar respirando por allí, por una abertura insignificante da indicios claros de su naturaleza. He tratado muchos casos siguiendo el movimiento científico de la época actual, con Radio y Rayos X de onda corta y sé que los enfermos frecuentemente llegan a morir sin haber tenido el consuelo de ver desaparecer el tumor de su garganta. Para mayor seguridad al establecer el diagnóstico, no le pregunté al enfermo qué médicos lo habían visto, porque no tengo esa costumbre y después supe que varios médicos le habían estado tratando con inyecciones de cuprosa seleniol y naturalmente esto en vez de un resultado favorable trajo un desarrollo mayor. Algún especialista de reputación le había dicho se trataba de un cáncer. La víspera de operarlo de traqueotomía la señora esposa del paciente creyó que éste se moría y trató de arreglar sus cosas, porque son rancheritos pero de educación y esto da idea de la gravedad del padecimiento. Hice reconocer un fragmento de los músculos que cubrían una pequeña porción del cartílago precisamente por tener una ayuda, queriendo saber si tenía que hacer la intervención más amplia y darle mayor oportunidad de que no hubiera reproducción. Yo agradezco al Dr. Arroyo su deseo de hacer un reconocimiento histopatológico del tumor, de la pieza patológica que presento y ya nos dirá su opinión. De todas maneras que la indicación era precisa no cabe dudarla y todo lo que hagamos cuando los ganglios estén invadidos, será un tratamiento paliativo; los agentes físicos en ciertos casos nos dan resultados maravillosos

y los cánceres de la laringe no ceden a los agentes físicos y es necesario desechar esta idea que estuvo reinando durante 10 o 12 años, por hoy ya los radiólogos están de acuerdo en que lo único efectivo es la extirpación. Cherny propuso la extirpación completa de la laringe después del descubrimiento de García, su genio lo condujo a hacer la extirpación completa, pero con qué mortalidad! Se implantó otro procedimiento la tirotomía, al parecer menos grave, pero resultó ser deficiente y también muy peligrosa y por fin la extirpación volvió a caer en boga y posteriormente en desuso porque esta operación es sumamente mortal y casi siempre debido a las infecciones bronco-pulmonares o sépticas que traen la muerte al cuarto o quinto día de la intervención. Y este procedimiento de un cirujano Americano que he indicado con las modificaciones que también señalé, me ha dado buenos resultados.

Dr. E. Ramírez:—En vista de las aclaraciones que ha hecho el Dr. Villarreal, he creído deber tomar la palabra, no habiéndolo hecho antes porque el Dr. Castañeda había expuesto ya las ideas de los dos, pero ahora deseo indicar que el Dr. Arroyo debe escoger distintas porciones de la pieza para hacer preparaciones. El detalle quirúrgico no tiene discusión y no cabe más que felicitar al Dr. Villarreal; en efecto el tumor que obstruía casi el conducto era una indicación formal que hacía precisa la operación, una operación que es muy grave y requiere una pericia como la que todos reconocemos en el Dr. Villarreal. Aquí no había peligro de parálisis de la laringe, pero independientemente de eso es claro que en la cirugía del cuello en general, una intervención de esa naturaleza es de lo más serio y la felicitación tiene que ser completa en ese sentido; en cuanto a su idea sobre el diagnóstico yo, sin poner en duda su habilidad, creo que es indispensable justificar el hecho clínico con la anatomopatología, porque es la única manera de estar seguro de no equivocarse; ahora, cuando diga «He hecho tantos cientos de diagnósticos clínicos y todos me han sido confirmados por el laboratorio sin ningún error» entonces si tiene derecho a seguir haciendo estos diagnósticos para lo sucesivo. Es indudable que los médicos de la Inspección de Sanidad, están muy entrenados en ver flujos y sin embargo cuando yo estuve allí ordené que sistemáticamente se hiciera el examen bien hecho de las mujeres y al practicar los exámenes microscópicos se convencieron de que solo el laboratorio puede decir si uno se engaña o no. Es indudable que en el Hospital General se tiene una práctica enorme sobre el cáncer uterino y sin embargo en algunas ocasiones se encomendó al Dr. Suckermann que se estudiaran microscópicamente las piezas extirpadas por personal competente y muy habituado y que no recurría al examen anatomopatológico porque tenía confianza en su pericia y llegó a confirmarse que en algunos casos no se trataba de cáncer del útero

sino de sífilis; así que solo después de una enorme estadística confirmada por el laboratorio se puede tener seguridad de ser clínico infalible; y no me refiero en particular al Dr. Villarreal, me refiero a la clínica que necesita para el diagnóstico de los tumores el concurso de la anatomía patológica, porque ésta es la que enseña a la clínica a demostrar errores. Decía por ejemplo Velpeux, que es imposible para la clínica, (no para el clínico) hacer el diagnóstico diferencial entre la *mastitis* crónica y el adenoma. Señala la clínica que hay casos de sífilis del testículo que no se pueden diagnosticar clínicamente y se necesita recurrir al diagnóstico de laboratorio. En un caso como este debe hacerse un estudio anatomopatológico y ver si se trata de una *emigroplasia* o de una *expandoplasia*, el diagnóstico solo lo podría formular el anatomopatologista; espero que el examen corobore el diagnóstico del Dr. Villarreal y no obstante, si el examen corroborara el diagnóstico, todavía le podría yo seguir diciendo lo mismo en un segundo caso: «En los anteriores se confirmó, pero en éste quién sabe». Esto es solo desde el punto de vista científico, en cuanto al resultado no puede ser más satisfactorio y debe ser motivo de legítimo orgullo para el Dr. Villarreal.

Dr. González Guzmán:— Quiero referirme a lo mismo que ha dicho el Dr. Ramírez sobre la frecuencia con que se cometen equivocaciones: el Dr. Amor en el Hospital General, al tratar de algunos padecimientos cancerosos decía que él tenía clínicamente la habilidad suficiente para decir «Este ganglio está sano, este se debe conservar y este se debe quitar» con solo tocar con el dedo y yo creo que ese abuso de la clínica proviene de que se trata de personas extraordinariamente habituadas a tratar estos asuntos y que tienen un conocimiento profundo y una experiencia enorme. En el caso del Dr. Villarreal, ha pasado muchos años viendo esos padecimientos y es uno de los cirujanos más hábiles de la República; pero a lo que Ramírez y yo queríamos hacer alusión, es a que no debe omitirse ese estudio porque es interesantísimo saber el tipo histológico de la *neoplasia* que se ha operado, ver que clase de células son las que integraban ese cáncer para tener una idea sobre el porvenir del enfermo y sería muy útil para poder adivinar las posibles evoluciones de los sistemas *ganglionares* de este paciente. Por otra parte, la enseñanza de los hechos clínicos debe basarse en el conocimiento, mientras más amplio y más completo mejor y para que al transmitirse ese conocimiento las enseñanzas fueran más cabales debían buscarse siempre las relaciones más estrechas entre la evolución de los padecimientos y el dato de las lesiones histológicas.

Dr. Villarreal:—Agradezco a mis jóvenes amigos la deferencia con que me tratan y los consejos que me dan, pero no obstante no estoy conforme ni convencido con su opinión, no niego la enseñanza y la inmensa importancia de la histología patológica, muy lejos de eso, ahí está la pieza pato-

lógica extirpada para estudiarla, lo que digo es que clínicamente se hacen diagnósticos como se hacen histológicamente; que nos ejercitemos y estudiemos los sentidos y se llega a desarrollar algo especial en el individuo que les permite diagnosticar por el cuadro clínico macroscópico, así como los histologistas llegan a hacer sus diagnósticos por la pericia microscópica, pero, es más restringido el número de histo-patologistas competentes que el de cirujanos. Hay que considerar dos aspectos: antes y después de la intervención; antes ¿qué motivos impiden hacer un diagnóstico? y ¿qué motivos para recurrir al histo-patólogo? y posteriormente a la operación se conservan las piezas anatómicas. Muchos cirujanos han expresado la idea que yo tengo con respecto a la biopsia; que no es más que una operación incompleta y una operación de cáncer incompleta, es fatal, expone a las metástasis y cuando hay metástasis ni los agentes físicos ni nada nos pueden hacer triunfar de una afección semejante; ¡Cómo vamos a dejar que el mal se generalice! En mi práctica de muchos años, he observado que algunos histo-patologistas, han hecho diagnósticos diferentes de los míos y la secuela posterior me ha dado la razón. Y no obstante el consejo del Dr. Ramírez, no considero yo así las cosas, ni está en condiciones el cirujano de que así suceda, porque los histo-patologistas competentes son en el menor número y esperarse para hacer el diagnóstico a que un histo-patólogo lo confirme, no es lógico ni acertado y creo que es necesario educar a los jóvenes para que puedan hacer un servicio a sus semejantes y trabajar con éxito en su profesión, hay que educarlos clínicamente y si aprenden histología tanto mejor. Referiré el caso de una persona de brillante posición social que ahora es madre de muchos hijos, esposa de un abogado distinguido e hija de un hombre ilustre. Hace muchos años, que estando enferma, fui llamado para operarla practicándole una histerectomía por cáncer del cuello uterino, examiné a la enferma y creí que era una exocervicitis con desgarradura del cuello uterino; me enseñaron el examen anatómo-patológico y yo pude haber tenido suficiente fundamento en dicho examen que se me presentaba, realizado por persona competente y haber operado, pero mi sentir era otro y expuse francamente mi opinión de que no debía intervenir y que con unas cuantas curaciones se obtendría el alivio; tuve la fortuna de convencer a la familia a pesar de que ya había opinado otro cirujano favorablemente a la operación; y hoy esta enferma que curó como lo pronostiqué, que siguió teniendo hijos, es persona mayor - y vive sana - y como éste, podría citar algunos otros casos: Si hay detalles de que el tumor sea maligno y el caso aparece claro, la consulta con el histo-patólogo resulta inútil y en cambio en muchos casos que he tenido duda he recurrido a otro compañero y luego al histo-patólogo aunque esto es muy delicado y así como uno se equivoca, también los histo-pato-

logistas se equivocan. Recuerdo haber leído una crónica de la Sociedad de Cirugía de Nueva York, donde un histo-patologista distinguido decía que no era posible hacer el diagnóstico de un tumor de la cola del cornete inferior, el tejido linfoide normal o inflamado se confunde con el sarcoma, de manera que personas muy competentes están de acuerdo en que también en los histo-patologistas se pueden equivocar y ¿por qué vamos hacer de fuerza una biopsia si ya se estableció el diagnóstico clínico? lo debido es ejercitar los sentidos y cuando haya duda entonces recurrir al examen histo-patológico; y en cuanto al examen posterior del tumor, allí se debe esclarecer todo lo que se pueda para conocer lo que se hizo y llevar la coordinación de todos estos estudios y saber cuales son los cánceres que pueden ceder a los agentes físicos o la cirugía o ambos combinados o resistentes a todo tratamiento como los branquiomas.

Dr. Castro Villagrana:—El problema nos lleva a la consideración de lo que puede ser el cáncer desde el punto de vista de la clínica y de lo que puede ayudarnos el laboratorio: es indiscutible que de acuerdo en la clínica no siempre se puede esperar y tampoco debe la clínica quedar para que le ponga el Vº Bº el laboratorio, en esta forma se cometerían errores imperdonables; debemos ayudarnos del Laboratorio para saber cuales casos deben quedar bajo el control de la operación y cuales no, pero si entre los medios no se encuentra otro que convenga más que el bisturí no conviene tampoco hacer la *biopsia* y a veces no se puede esperar, porque existiría una contradicción clínica de tal naturaleza que no sería indicado el tratamiento operatorio, así que es mejor seguir haciendo operaciones sin esperar a que el laboratorio dijera siempre la última palabra. La clínica y la terapéutica reclaman que se siga haciendo uso del bisturí en época oportuna; desde el punto de vista científico para mejorar nuestro trabajo debemos contar con el histologista, pero en realidad hasta la fecha lo mejor es la oportunidad antes que el rigorismo científico.

Dr. Vélez:—Quiero señalar un hecho que por una parte da la razón a los doctores Villarreal y Castro Villagrana; me voy a referir a un hombre muy conocido: Hace años el General de quien se trata tenía un tumor que ofrecía el aspecto de un *sarcoma* colocado sobre las costillas en el lado derecho y un histólogo me dió el diagnóstico de sarcoma, lo extirpé completamente, pero el tumor se reprodujo y volví a operar por segunda vez, se practicó el análisis y me dijeron de nuevo «Sarcoma». Me proponía yo hacer una operación más completa, más radical, cuando llegó una mañana este señor General, que por otra parte era una persona muy correcta y atenta, con el sombrero echado hacia atrás; me sorprendió eso y al interrogarlo me dijo: «No me puedo poner el sombrero porque tengo una bolita y me duele mucho.» Antes de hacer la operación se hicieron análisis de su

sangre y las reacciones fueron negativas, no le encontré puerta de entrada ni signo alguno de sífilis, le palpé la pequeña tumefacción, muy dolorosa y le dije «Señor General ya no hay operación»; en el mismo momento le apliqué una inyección mercurial y le seguí haciendo el tratamiento mixto (mercurio y yoduro.) El tumor retrocedió, se cerró la fistula y el General atacado de *sarcoma*, según los histologistas, se curó con mercurio y yoduro gracias a aquella bolita que apareció tan oportunamente; yo no tenía en qué fundar el diagnóstico de sífilis y dos exámenes microscópicos me decían que se trataba de sarcoma, cuando el pequeño incidente del sombrero echado hacia atrás me llevó a encontrar algo que valió la curación al enfermo. Posteriormente dicho señor descuidó el tratamiento de su sífilis y en un ataque de enagenación mental que probablemente sería de la misma índole, se cortó el cuello con una navaja de barba y además se arrojó de un balcón. Así que no se puede confiar en forma absoluta, en el examen microscópico y nosotros debemos ser primeros clínicos, sin esperar el Vº Bº del histólogo; que me dispense el Dr. Arroyo y los que cultivan este ramo, pero yo creo que científicamente todavía no se está en muchos casos en condiciones de poder fijar la naturaleza de algunos tumores.

Dr. Arroyo: —El Dr. Vélez ha expresado que yo le perdone que él manifieste ideas contrarias a las mías y debo decir que no hay razón para esto porque yo siempre he sostenido ideas semejantes a las suyas y creo que los datos de laboratorio son un síntoma más que debe agregarse a los otros que ofrezca el enfermo y que el diagnóstico debe hacerlo la clínica y pienso que precisamente la clínica es la dueña de los atributos para hacer diagnósticos y que los datos de laboratorio pueden servir para ayudar. Los resultados del examen son negativos o positivos, debe tenerse también en cuenta la competencia de quien hace dicho examen, pero suponiendo una persona apta, los datos tienen dos valores; los resultados positivos correctamente fundados son de mucho valor para la clínica pero los negativos no tienen ningún valor clínico. El clínico con su experiencia y sus conocimientos es el único que puede hacer el diagnóstico, el hombre de laboratorio tiene que ser exclusivamente un ayudante del clínico. Ahora, desde otro punto de vista yo he discutido en otra ocasión con el Dr. Villarreal acerca de la utilidad de la *biopsia*: estaba yo muy contento de ella, pero ahora pienso que debe serse muy parco en las biopsias y no hacerlas a todo trance; yo ya no hago ninguna en la actualidad y también creo ahora que no son totalmente inocentes las biopsias, de manera que en ese sentido mi opinión ha cambiado y sustento un parecer semejante al del Dr. Villarreal. Sí creo que es conveniente cuando hay manera de hacer un examen histopatológico, practicarlo porque hay casos en que por no haber sabido de qué se trataba viene la reproducción. Acabo de ser testigo hace un mes de un

neoplasma del recto, seguramente maligno que no se estudió; la persona que operó no lo creyó necesario, se contentó con hacer una operación bastante amplia en la enferma y cicatrizó bien; dos años después de la operación fué una sorpresa enorme ver que un tumor aparecía en una ingle y en menos de dos meses la enferma se murió; si el tumor original se hubiera estudiado, es posible que aplicándole radio o algún tratamiento indicado se habría salvado. Si es conveniente pues, hacer el diagnóstico una vez extirpados los tumores para tener una ayuda para el tratamiento consecutivo.

Dr. Vélez:--Ya que por la bondad del Dr. Arroyo se va a examinar la pieza, extirpada por el Dr. Villarreal, yo por mi parte y en vista de que nuestro papel es buscar la verdad científica, le rogaría que examinara los dos tumores de que he hablado y nos diera su autorizada opinión a este respecto; si él quiere ser tan amable ganaríamos mucho con su dictamen. No trato de inclinar la opinión ni en un sentido ni en otro, solo deseo como todos ustedes buscar la verdad científica.

El Dr. Arroyo está conforme en practicar el examen.

Dr. González Guzman:--No quiero postergar la clínica al laboratorio, por el contrario siempre que se ha ofrecido he insistido precisamente en que en la clínica de los médicos jóvenes hay una tendencia al abuso del laboratorio y he agregado que eso es manifestar una clínica de baja calidad, pues la clínica fina debe recurrir solo en muy contados casos al laboratorio; en lo que yo vengo insistiendo es en que se examinen las piezas que se quitan, para completar y resolver lo que sea lo más conveniente. Puede presentarse en tal caso estas posibilidades; un buen clínico y un mal histopatologista y claro que prevalecerá el primero o darse de un mal clínico y un buen histopatologista en cuyo caso se atenderá al segundo y aun pueden ser malos los dos y entonces se hacen un lío que nadie entiende. Para terminar invita al Dr. Vélez a insistir con él en este estudio.