

# GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos  
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

---

---

TOMO LXXIV

JUNIO DE 1944

NUM. 3

---

---

## TRABAJOS ACADEMICOS

### Observaciones clínicas de tumores benignos de la laringe

Por el Dr. RICARDO TAPIA FERNANDEZ, \*  
Académico de número.

Dos de los trabajos anatómo-patológicos de Lieutaud (Obs. 63 y 64) publicados en 1764 y 1767, se refieren respectivamente a dos casos de asfixia en los que, a la necropsia, encontró sendos pólipos infra-glóticos, pediculados, obstruyendo la glotis.

Con estos datos principia la reseña histórica del estudio de los tumores benignos de la laringe, en el interesante libro del Profesor Schwartz, de los hospitales de París (1). Al final de la misma reseña, expresa este autor su solidaridad con el Profesor Verneuil en fijar los años de acontecimientos culminantes, en la evolución del estudio de los tumores benignos de la laringe, para establecer los tres primeros períodos de su historia:

El primero, desde Lieutaud hasta Ehrmann (1764 a 1850), en el que los pólipos de la laringe son considerados inaccesibles a los recursos del arte.

El segundo, en el que debido a los trabajos del Profesor Ehr-

---

\* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 15 de julio de 1942.  
(Se publica hasta hoy, porque el autor lo entregó recientemente).

(1) Schwartz Ch. Ed. Des Tumeurs du Larynx. París, 1886.

mann (de Estrasburgo), notable por su talento y habilidad operatoria, fué borrada la idea que envolvía esa expresión fatalista del primer período.

El tercero, fué iniciado brillantemente ocho años después por el descubrimiento del laringoscopio debido a **Emanuel García** en 1858, a cuyo nombre va asociado el de **Czermak**. Su advenimiento no sólo vino a significar luz para el diagnóstico, también facilidad para la cirugía endolaríngea por las vías naturales. A este efecto no se hizo esperar la fabricación de instrumentos especiales, de tal manera que el 21 de julio de 1861 el doctor Víctor Von Bruns pudo hacer en su propio hermano la extirpación de un pólipo con pedículo insertado en la cara ventricular de la cuerda vocal izquierda.

Lo antes expuesto, referente a la primera etapa, da idea de que, a pesar del pronóstico, habitualmente malo, en los casos de verdaderos pólipos (pediculados) de la laringe, no se descuidaba su estudio anatómico, post mortem. Es interesante porque hace fijar la atención en la antigüedad de la clasificación primordial, que separa los grupos benigno y maligno de los tumores.

En la actualidad, las reacciones inflamatorias que en forma neoplásica suelen presentarse como manifestaciones de enfermedades específicas, no son ya incluídas en la clasificación de los tumores propiamente dichos. Y siendo ignorada aún la patogenia de éstos, sus clasificaciones han sido planteadas:

**Primero: Por sus caracteres de orden clínico.**

**Segundo: Por su estructura y aspecto morfológico de sus elementos.**

Y si es aceptada la proposición que el señor doctor Zuckermann, en su trabajo ante nuestro Primer Congreso Nacional de Medicina Interna, hizo para una modificación sencilla en la nomenclatura de los tumores, conservando en el radical de su nombre el de sus elementos anatómicos y su terminación en "oma" para los benignos, esa modificación sería solamente para la terminación de los nombres de los malignos: "**Blastoma**" en contraste con la "**oma**" de aquéllos.

No habiendo podido formar cuadro estadístico de los tumores benignos de la laringe, en nuestro país, voy a transcribir lo

esencial del formado por los doctores Gordon B. New y John B. Erich, de Rochester (1) que muestra su frecuencia y porcentaje en este centro quirúrgico, durante un lapso de treinta años (período de tiempo a que se refiere). El cuadro íntegro comprende un total de 722 casos, mas como 393 son de tumores inflamatorios, no fueron considerados éstos, por lo antes expuesto.

#### TUMORES BENIGNOS DE LA LARINGE

De origen epitelial	Número	Porcentaje
Adenomas	1	0.1
Papilomas	194	26.9
Originados de tejido conjuntivo.		
Fibromas	6	0.8
Neurofibromas	1	0.1
Fibrolipomas	1	0.1
Condromas y Ost. ocondromas	7	1.0
Angiomas	26	3.6
Mixomas	58	8.0
Quistes	35	4.8

Paso a hacer comunicación sucinta de las observaciones personales de tumores benignos de la laringe, que en mi concepto ofrecen interés.

El primer tumor benigno de la laringe que tuve oportunidad de estudiar, fué precisamente de los que rara vez se presentan a las clínicas: un fibroma pediculado infraglótico.

En época de los primeros años de mi ejercicio profesional como especialista, pasó a mi consulta el Sr. M. S., de 28 a 30 años de edad y aspecto de buen estado general. Su voz era levemente velada; su conmemorativo (aclarado por interrogatorio conducente) fué poco más o menos como sigue: Tenía más de 6 años de estar sufriendo de la laringe; el principio de su enfermedad se manifestó por ronquera que se fué acentuando más cada día a la vez que su voz se debilitaba, habiendo llegado a la afonía algunos meses después. Y fué notable que la recuperó también gradualmente en el transcurso de un año más o menos, pero cuando quería dar

(1) Archives of Otolaryngology.—Vol. 28. Pág. 841. Benign Tumors of the Larynx. Decemb. de 1938.

mayor intensidad a su voz o gritaba o tosía, era presa de accesos de asfixia, que muchas veces le hicieron creer que iba a morir.

A la laringoscopia indirecta observé una laringe bien desarrollada y, siguiendo detallada la inspección de arriba abajo, nada anormal se observó desde la epiglotis hasta las cuerdas vocales; únicas en las que había congestión manifiesta. La tráquea, que parecía dilatada, podía seguirse en una pequeña porción de su pared posterior. Fijando la atención hacia la comisura, pude ver inmediatamente abajo de ésta, un tumor globuloso, semejante aún por su tamaño, a una pequeña castaña que estrechaba sensiblemente la luz de la tráquea. Para ilustrarme acerca de su movilidad, invité al paciente, no sin alguna insistencia, que imitara los movimientos convulsivos de la tos. Aun cuando lo hizo suavemente, bien me di cuenta del efecto sobre el tumor, levantándolo hacia la glotis, bien limitado, envuelto por mucosa de color rosado y pediculado.

Comuniqué al enfermo lo que tenía y la necesidad de practicar la operación de extirpar ese tumor. Sin poder ocultar su contrariedad, ofreció regresar al día siguiente para el conocimiento de los preliminares relativos... Pasaron días, meses y hasta dos años, antes de verle otra vez.

Lo estudié nuevamente, sin haberlo reconocido, no obstante la semejanza del conmemorativo y la constatación de la existencia de un enorme tumor infra-glótico. Un **fibroma**, seguramente.

Con esfuerzo de memoria, para comparación retrospectiva en el caso, ya identificado, hubiera podido asegurar que había aumentado de volumen y que era menos corto su pedículo. Ninguna otra diferencia en los demás detalles apreciados por la exploración.

Sin antecedentes para necesidad de preparación previa y sin perturbación funcional en las demás partes del organismo, se le recomendó escrupuloso cuanto frecuente aseo de su boca, como preliminar indispensable.

Hice anestesia, por aplicación en la mucosa laríngea de solución de cloruro de cocaína al 5 por ciento.

Procuré tranquilizar el ánimo del paciente y aun fortalecerlo asegurándole que curaría; pero que, en el tiempo de su operación,

necesitaba yo contar con toda docilidad de su parte, aun cuando por un momento supremo, recordase los muchos que había tenido de asfixia; entonces le ordené que a determinada señal tosiera con fuerza.

Procedí como sigue: Bajo inspección por endoscopia indirecta, introduje la pinza de Krishaber a través de la glotis; abrí sus ramas hasta el máximo posible y di la señal. Al impulso violento de la columna de aire, provocado por la tos, el tumor se levantó y quedó asegurado entre las extremidades acucharadas de la pinza, cuya acción es reforzada por pequeñas púas entrecruzadas. Después de una tracción uniformemente creciente durante 5 a 6 segundos, fué arrancado el tumor con su pequeño pedículo, el cual medía cinco milímetros de longitud aproximadamente.

El Profesor Ulrich hizo el estudio histopatológico del tumor con resultado que confirmó el diagnóstico clínico de fibroma.

Pocos días después de la operación, el enfermo me explicó que su informalidad a la cita convenida dos años atrás, había sido sugerida por la opinión de dos especialistas que lo habían atendido anteriormente, porque, en esa ocasión, le habían expresado que yo estaba equivocado.

La facilidad con que los tumores infracomisurales pueden ocultarse ante un examen superficial, explica el desacuerdo que desvió el criterio del enfermo.

La pieza anatómica que está a la vista de los señores académicos fué la extirpada en el caso que acabo de relatar, siendo de anotarse que, por el tiempo transcurrido, ha disminuído su volumen.

Ha sido sorprendente que el primer tumor benigno de la laringe a mi cuidado, haya sido uno de los que no sólo rara vez, sino excepcionalmente, se encuentran en la práctica.

El cuadro estadístico del gran Centro Quirúrgico de Rochester transcrito antes es elocuente para dar énfasis a lo expuesto. cuando marca solamente seis casos en un período de 30 años.

Los fibromixomas son mucho menos raros. En dos casos, había existido como antecedente la falta de reposo funcional del órgano; en el curso de una afección catarral sub-aguda en uno de ellos, crónica en el otro. Estos tumorcitos estaban localizados

en la comisura y eran los dos supra e intra-glóticos. Esta localización dió lugar a que la manifestación de mi diagnóstico hubiera causado sorpresa, pues en uno y otro caso no se había hecho diagnóstico por anteriores observadores, seguramente porque no habían extendido su exploración hasta la comisura.

Su síntoma dominante fué la disfonía.

Su escisión con una cucharilla de Hering y por la pinza de Gouggenheim, respectivamente, no ofreció dificultad.

Los tumores de la laringe que con mayor frecuencia se nos presentan son los **papilomas**.

Desconcertantes porque son encontrados en portadores de la más tierna edad, cual si la carencia de algunos elementos vitamínicos de la madre hubiese dejado tal sensibilidad de la mucosa al paso del aire, que sus reacciones al establecerse sus funciones, desviasen viciosamente la nutrición en algunos puntos de su superficie.

Desconcertantes, porque, en la inmensa mayoría de los casos, les falta uno de los atributos más importantes de los tumores benignos: **no tener recidivas después de su extirpación**. Y bien, aun cuando se haya practicado cuidadosa extirpación de los papilomas de la laringe, es y ha sido la regla observar recidivas.

Wildenberg (1), en una comunicación ante el Congreso Anual de la Sociedad Belga de Oto-Laringología, en julio de 1934, expresó que su criterio acerca de la evolución y tratamiento de los papilomas de la laringe, en los niños de tierna edad, concuerda con el que sirve de norma al profesor Chevalier Jackson en sus enseñanzas. Que, de la misma manera que él, ha observado series de casos en que la curación es obtenida mediante una sola operación de extirpación; pero que, en otras, han sido necesarias otras, en número pequeño, para obtener la curación definitiva, sin ayuda de radioterapia.

El Profesor Wildenberg, más adelante de la misma comunicación, hace alusión a observaciones numerosas de otros muchos laringólogos, de casos en los que las recidivas se repitieron durante varios años consecutivos; siendo de anotar que, en la mayoría de estos casos, se ha tratado de adolescentes y de adultos. Señala el caso de Massier, en el que un padecimiento ini-

(1) *Annales D'Oto-Laryngologie*. No. 12 Dic. de 1934. Pág. 1249.

ciado cuando su paciente tenía 16 años de edad, no había visto llegar la curación en un lapso de 49 años; cita otros en quienes se practicaron más de 100 operaciones por vía oral.

Mis observaciones personales principiaron en niños de tierna edad. El primero tenía doce años de edad; le vi en 1912. El segundo tenía tres años. Son los únicos de tierna edad a que voy a referirme.

El primero estaba ronquito desde los primeros días de nacido. Estaba casi afónico y con manifiesto tiro laríngeo, acentuado por el llanto. No obstante, lo operé bajo muy cuidadosa anestesia general, haciendo previa traqueotomía y a continuación una laringo-fisura, que permitió la extirpación completa de los papilomas. Terminé quitando la cánula traqueal y haciendo escrupulosa sutura por planos. . . Después de esta laboriosa cuanto completa operación, siguió un lapso de cinco meses de progresivo bienestar, para el niño; recobró su color, creció en modo ostensible y se le vió alegre, a la vez que su vocecita adquiría fuerza y limpieza. Además, a la inspección con el laringoscopio, se veía ya una laringe sana. Dentro del sexto mes se mostró leve disfonía que, con gran pena de sus padres y mía, fué manifestación de la primera recidiva. El desaliento de aquéllos fué inmenso; no pude convencerles de que una o unas cuantas más recidivas no significaban gravedad; ni hacían necesarias operaciones tan serias como la primera, puesto que se practicarían por la boquita antes de que gran desarrollo de los tumorcitos obligaran a nueva traqueotomía. Mi esfuerzo no encontró eco en ellos y así quedó truncada esta interesante historia, dejando en mi mente duda sobre el resto de la evolución de este padecimiento.

Mi segunda observación: un niño de tres años de edad y dos de estar ronquito; estaba ya afónico y con tiro laríngeo que me inquietaba; le examiné rápidamente, lo suficiente para darme cuenta que eran racimos de papilomas los que estaban haciendo urgente la traqueotomía. Practicada tres horas después, anuncié a los padres de la criatura la necesidad de quitarle los tumorcitos de la laringe, uno o dos días más tarde, pero con todo énfasis también les hice saber que era de regla observar a los cuantos meses de practicada la extirpación, recidivas de ellos no sólo una vez sí que dos, tres y aun más veces hasta lograr la curación radical.

Con dos días de intervalo, pasados cuatro de la traqueotomía, en dos sesiones sucesivas hice por endoscopia oral la escisión de los papilomas; así, aun cuando no fuese completa, no tendría renuencia por parte de sus familiares para repetirla cuantas veces se necesitara. Y fueron cinco en un lapso de veintisiete meses. En el último examen laringoscópico ya cuando subsistía bien el estado de su voz, sólo vi algunas granulaciones. . . Aun cuando no lo llevaron más, di por terminada su curación.

En el año de 1920 principiaron mis observaciones de papilomas laríngeos en niños, de mayor edad. De la misma manera que para la serie anterior, solamente voy a referirme someramente a dos casos:

El niño S. C. fué llevado a mi consulta con el antecedente de haber sido operado seis meses antes, de extirpación de papilomas. Su padre, que lo llevaba, había comprendido que se habían reproducido, de manera que no me explico por qué esperó que la asfixia fuera inminente, para ponerlo en tratamiento. Estaba haciendo la inspección al laringoscopio y comprobada la recidiva hube de entubarlo. Indiqué al Sr. C. que me lo llevase al día siguiente para quitarle los papilomas; y a su pregunta para evitar las recidivas, le indiqué que, después de su operación, lo iba a mandar con un radiólogo, en atención a que la edad del niño ya lo permitía y a que la radioterapia había progresado mucho. El padre de Sergio no regresó con él sino pasados varios días: el tubo intralaríngeo que yo le había colocado había conjurado el peligro de asfixia y entubado lo llevó al tratamiento radioterápico. Me informó que desde terminada la segunda sesión había arrojado el tubo, y que llevando una sesión más ya no experimentaba fatiga ninguna. Me contrarié porque yo tenía idea de una posible lesión, por la radiación secundaria del propio tubo, pero por fortuna, en el caso, no hubo consecuencias. Finalmente, comprobé que la radioterapia había sido eficaz para desagregar y facilitar la eliminación de los papilomas.

El jovencito J. I., hijo del Dr. I. Este señor me informó que su hijo tenía 12 años de edad. Que su ronquera, consecutiva de una infección gripal leve hacía un año, se había acentuado gradualmente hasta llegar a la afonía, acompañada de disnea, ya de

cuidado en esos días. El laringoscopio hizo ver que masas papilomatosas eran la causa de ese cuadro. Fué operado en una primera sesión por endoscopia indirecta. La disnea no permitía el decúbito que utilizamos en la segunda sesión con la que terminé la extirpación: por endoscopia directa.

Prescribí radioterapia inmediata para evitar las recidivas.

**Papilomas laríngeos en los adultos.**—El señor M. C., de 35 años de edad. Llevaba cuenta de sufrir 18 meses de padecimiento. Esto me dijo la persona que le acompañaba; le interrumpí porque me apresuré a preparar una traqueotomía y. . . , en esto estaba, cuando el enfermo cayó al pavimento en estado asfíxico. Sobre el mismo piso practiqué esta operación y puesta la cánula hubo necesidad de movimientos de respiración artificial para que la recobrase natural. Al laringoscopio vi la laringe completamente obstruída por masas papilomatosas. Cuando fuí a visitarle al siguiente día, se me informó que la noche anterior había marchado a San Antonio Texas.

La Sra. C. U., acompañada del Dr. C., yerno suyo y, con recomendación del Dr. Rafael Silva, ocurrió a mí en 1934. De cincuenta años de edad, de mediana estatura, gruesa y de cuello corto, causaba angustia el tiro laríngeo con que respiraba. En el Sanatorio Valdés y con el instrumental listo para una traqueotomía de emergencia, procedí a la extirpación de los papilomas por medio de la pinza de Gouggenheim, de acción anteroposterior y por endoscopia indirecta. La inmovilidad de la enferma me permitió repetir la maniobra con toda precisión, hasta vaciar la laringe del obstáculo tumoral. Así, ese alarmante cuadro de asfixia desapareció desde luego. El Dr. C. llevó las masas tumorales al Dr. Ignacio Millán para su estudio histológico, quien, según su comunicación ulterior, indicó haber encontrado tejido papilomatoso general, muy vascularizado y con varios grupos de tejido epiteliomatoso en exuberante mitosis. El mismo Dr. Millán tuvo a su cargo el tratamiento radioterápico.

Este tuvo lugar en varias series, que fueron coronadas por el éxito más completo. La voz ha recobrado limpieza en su timbre y mucho vigor. Hace pocos días la examiné: Laringe normal.

El Sr. Dr. T. L. ocurrió a mí con diagnóstico de papiloma de la laringe que hacía más de un año le ocasionaba una molesta

disfonía, por estar en la comisura. Mi diagnóstico fué exactamente el mismo. Después de un estudio preparatorio de análisis diversos, le practiqué en fecha convenida la escisión con la pinza de Gougenheim, de acción anteroposterior. El resultado del estudio histológico, practicado por el señor doctor Martínez Báez, dió resultados semejantes a los del caso anterior. Sujeto al tratamiento radioterápico por el señor doctor Araujo, se obtuvo un éxito que se ha sostenido después de un lapso de siete años.

De noviembre de 1941 hasta esta fecha, he tratado otros cuatro pacientes con papilomas en la laringe con seria perturbación funcional del aparato fonador, puesto que después de un período de disfonía, de varios meses, pasaron a estar afónicos. Todos han sido operados, haciéndoles bajo anestesia local la extirpación de sus masas papilomatosas. Sujetos en seguida al tratamiento por rayos X, pude comprobar en dos de ellos una acción eficaz y rápida de estas radiaciones, para completar la limpieza de la laringe, traducida por la íntegra recuperación de la voz. A otro le perdí de vista desde el día de su operación. Pero el primero de esta serie ofrece una historia muy interesante de su padecimiento, por haberse presentado a mi consulta en estado disneico y con ostensible cuadro clínico de un tumor maligno, en período de "inoperable" (1) por su extensión manifiesta a los ganglios del cuello. Si lo coloco en esta memoria es porque, como adelante comunicaré al transcribir el estudio histopatológico, si fué un papiloma con tejido que, en parte, ha sufrido transformación maligna.

El señor Julián A., de 63 años, comerciante en ropa y residente en Ciudad Camargo, Chihuahua, vino a mi consulta el 3 de noviembre de 1941. Después de un padecimiento catarral, acompañado de tos y ronquera, a principios del año 1938, observó que esta última se hizo persistente; se hizo más acentuada a mediados del mismo año y alcanzó a dejarlo afónico en julio de 1941, como consecuencia de nueva afección catarral, mucho más intensa que la anterior por haber dado lugar a fiebre, tos intensa y fatiga en su respiración; tiro laríngeo, según su descripción, que se mitigó

(1) Inoperable desde el punto de vista clínico, que hace suponer a priori el fracaso de la operación clásica.

considerablemente al aliviarse de esa afección. Persistiendo su fatiga, vino a curarse a esta capital.

Es muy ostensible la adenitis que tiene en ambos lados del cuello, mas el enfermo no se dió cuenta de la época en que apareció; nunca le han causado molestia.

A la laringoscopia indirecta, se observa inmediatamente el obstáculo causante del tiro laríngeo que aún le aqueja. Es un tumor cilindroide que, ocupando la mayor parte del vestíbulo de la laringe, deja en su lado derecho un espacio libre o luz para el paso del aire, en forma de creciente. Parece estar adherente a la mitad izquierda del órgano. Buscando la retracción de la mucosa y del tumor mismo, por medio de la adrenalina, puede verse una porción posterior de la cuerda vocal derecha.

Diagnosticué un cáncer de la laringe, ya en el período de "inoperable". Así lo expresé a su hijo que le acompañaba. Añadí que cabía alguna esperanza en la acción de los rayos X, pero que era necesario reducir el tumor quitando una fracción con cuchillo eléctrico, para evitar la asfixia a que pudiera conducir la reacción inicial, traducida por aumento de volumen del tumor.

A la endoscopia indirecta hice aplicaciones de solución de pantocaína al 2% y procedí como sigue: Con extremidad en ángulo recto del cuchillo eléctrico, hice dos incisiones verticales, circunscribiendo gruesa porción del tumor de forma general prismática, con base libre a la derecha. Otro corte transversal completó la escisión, dando lugar a pequeña sufusión hemorrágica, a la vez que proporcionó gran alivio a la deficiencia respiratoria del enfermo.

Nuestro compañero el doctor don Tomás G. Perrín hizo el estudio histológico. El resultado fué como sigue: "El neoplasma laríngeo del señor J. A. presenta, en general, la estructura de un papiloma mucoso, pero el notable predominio de la neoformación epitelial sobre la conjuntiva, particularmente en las regiones profundas, y la atipia celular de aquélla, permiten estimarle en algunas regiones como un papiloma maligno o epiteloma papilar. La actividad proliferativa es intensa. El índice cariocinético alcanza el grado IV. (Fué obtenida la cifra media de 5.4 mitosis por campo microscópico). La reacción defensiva fibrosa está poco acusada".

El señor doctor Ignacio Millán se hizo cargo del tratamiento radioterápico, unos cuantos días después de la operación. Y el resultado ha sido favorable en modo sorprendente, puesto que la adenitis del cuello ha desaparecido; en razón de la radio-resistencia del neoplasma, he repetido varias veces ya escisiones, ora destrucciones, con la chispa eléctrica. El paciente está en el salón. Estoy seguro de que los señores académicos que se sirvan explorarlo, comprobarán que no queda en la laringe obstáculo a la respiración y que no hay adenitis. Quedan como residuos comprobantes de la gravedad de las lesiones neoplásicas, un grupo de éstas en la comisura y parálisis izquierda.

Importantes investigaciones clínico-terapéuticas, para el tratamiento de los papilomas de la laringe, en los niños, han sido verificadas hace poco tiempo, en el Departamento de Laringología del John Hopkins Hospital.

El Dr. Edwin Broyles las publicó en el tomo LXVII, Pág. 319, del Boletín de esta grande Institución. En compendiada descripción que hace con el rubro de "Exposición preliminar", llega a su objetivo en la rama de la Endocrinología. Refiere que el Dr. Holt señalaba las diferencias que, en clínica, ofrecen los papilomas laríngeos de los niños, en relación con los que se observan en los adultos, anotando el hecho de observación universal de los cambios funcionales de la laringe en la época de la pubertad. Recordando, además, la publicación de algunos casos en los que, niños mayores, con laringe papilomatosa, habían curado al verificarse estos cambios, y pensó que procurando la precocidad de éstos, por inyecciones de testosterona, fuera factible obtener curaciones del mismo padecimiento. Desgraciadamente solamente observó cambios sexuales secundarios.

Telinde y Brawner, sugestionados por los resultados de los trabajos de Lewis, quien, por aplicaciones locales de hormonas estrógenas en la mucosa vaginal de niñas, obtuvo modificaciones ostensibles en dicha mucosa, emprendieron a su vez la investigación del efecto de las mismas hormonas estrógenas, sobre las mucosas papilomatosas de niños.

Sucintamente describe la historia de cinco casos: dos de varones y tres de muchachas. Habiendo sido halagadores los resul-

tados que obtuvieron, Broyles transcribe estas historias que, por su trascendencia, transcribo a mi vez, más extractadas aún:

Niño C. K., blanco, desde la edad de dos años quedó incapacitado para hablar con sonoridad de voz, ni leve aún. Tenía 7 años en marzo de 1938, cuando por el laringoscopio se encontró su laringe con múltiples papilomas. Fué operado en seguida: Traqueotomía y extirpación de éstos. Varias recidivas, que obligaron a otras tantas extirpaciones, se sucedieron hasta el 29 de febrero de 1939, fecha en la que, con el control laringoscópico, fué practicada la primera aplicación intralaringea de "Amniotin in oil", titulada a 10,000 unidades internacionales U. I., por cada 1 centímetro cúbico. Con intervalo de una semana se hicieron cinco aplicaciones, después de las cuales, por laringoscopia, fué comprobada ostensible regresión a la normalidad de la mucosa laríngea; habiéndose suprimido la cánula traqueal, en octubre del mismo año.

2.—G. H.—Mujercita, de raza negra, de cinco años de edad. Verificado el diagnóstico de su padecimiento laríngeo, se le hizo traqueotomía el 19 de marzo de 1937. Desde esta fecha, hasta febrero de 1939, se extirparon en varias ocasiones múltiples papilomas por otras tantas reproducciones. En el 27 del mencionado febrero principió su tratamiento por la aplicación intralaringea del mencionado amniotin, siguiéndolo una vez semanariamente, completando cinco el 31 de marzo. Comprobada su mejoría se suspendió este tratamiento. Nuevo examen el 28 de julio, hizo comprender la necesidad de nueva operación de extirpación. Se inició nueva serie de aplicaciones locales del mismo medicamento estrógeno con intervalos mucho mayores, hasta lograr la curación definitiva en febrero de 1940.

3.—F. B.—Niño blanco de 5 años de edad. Examinado y operado de sus papilomas hacia enero de 1939. Sin mencionar que sólo hubiese practicado traqueotomía se instituyó desde luego el tratamiento por aplicaciones intralaringeas de la misma preparación oleosa de amniotin, en plan semejante al de los antes mencionados. Con intervalos de seis meses fué operado en dos ocasiones más, de extirpación, seguida de sendas series de aplicaciones del mismo medicamento, sin que posteriormente se hubiesen observado signos de reproducción.

4.—J. S.—Niña negra de 6 años de edad. Su historia ofreció peripecias semejantes a las de la niña G. H. Finalmente, el tratamiento local por series y con intervalos de una semana en cada serie, aseguró la curación.

5.—A. C.—Niña blanca de 7 años de edad. La historia de la evolución del padecimiento, en relación con su terapéutica quirúrgica seguida de las series de aplicaciones de amniotín intralaringeas, hasta obtener la curación definitiva, fué muy semejante a la del niño F. B. antes bosquejada.

Seguramente que, en lo sucesivo, en tratándose de papilomas de los niños procuraré el estudio de los casos aprovechando tan importantes orientaciones de la prestigiada Institución Johns Hopkins.

## Retrospección quirúrgica \*

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA,  
Académico de número.

En la marcha inexorable de la vida es siempre el tiempo quien decide y falla muchos de los acontecimientos adquiridos durante la lucha en el trabajo. En ocasiones el criterio los ratifica; en otros casos los niega, desplomándose el bagaje conocido ante la poderosa fuerza de un argumento.

El médico que ejerce su profesión con deontología afocada al mayor beneficio que puede proporcionar a su paciente, debe meditar la línea de conducta elegida para obtener el fin deseado.

Acontece en determinadas terapéuticas lo que Herbert Spencer dice de la conducta humana en general: "que no es absoluta sino relativamente buena; reconociendo que en la mayor parte de los casos en que no hay manera de obrar absolutamente buena, sino maneras de obrar más o menos malas, es imposible afirmar cuál es la menos mala."

Empero, la cirugía tiene el factor poderoso del tiempo, que nos hace ver nuestros triunfos, como también descubre nuestros errores.

El pensamiento fisiológico está prevaleciendo en las intervenciones quirúrgicas, pero yo no excluyo al lado de él los fundamentos anatómicos indispensables para verificar cualquier operación y el pensamiento estético exigido por nuestros pacientes.

Voy a tratar de una operación vieja, bastante vieja, de la antigüedad de Celso y Pablo de EGINE, pero que el tiempo no ha podido destronar, la ha hecho aún resurgir.

Me refiero a la terapéutica del **varicocele**.

Toda incapacidad, de cualquier género y grado, es causa de desgracia, directa e indirectamente; directamente, por el dolor que resulta de ejercitar una facultad insuficiente; indirectamente, por no cumplir o cumplir imperfectamente ciertas condiciones esenciales al bienestar.

---

\* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 3 de noviembre de 1943.