

sino también que comprometen lo porvenir al marcar taras hereditarias que disminuyen o aniquilan el vigor y la fuerza, que es el capital del pueblo, el único capital del pueblo. La colaboración de todos es imprescindible y urgente. Hagamos intensamente defensa individual y colectiva contra la miseria y la enfermedad; permitamos a los que vendrán una herencia más valiosa que toda herencia material: la herencia de la salud, de la salud que es la base de la fe en sí mismo y de la capacidad de esfuerzo que constituye la grandeza de un país.

Unamos nuestra acción por una patria grande y fuerte, en una religión superior que una todas las conciencias, en una religión que si ha tenido sus apóstoles y sus mártires, no ha hecho en cambio derramar ni sangre ni lágrimas: en la religión de la humanidad.

En esta hora solemne para el país, en nombre de todas las miserias y todos los dolores, del niño abandonado o enfermo, del obrero mutilado, de aquéllos que han perdido la luz en los ojos o en la mente, de los que sufren, de los desamparados, de aquéllos que desde la cama de hospital sueñan con perspectivas de hogar y de felicidad, yo reclamo el apoyo del gobierno y del pueblo del Uruguay.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUTÁNEO (EPITELIOMA)

Por el Dr. H. H. HAZEN

Profesor de Dermatología y Sifilología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, y Profesor de Dermatología de la Facultad Médica de la Universidad de Howard, Washington, D. C.

Los cánceres cutáneos o epitelomas malignos, pueden dividirse en los siguientes grupos:

1. Espinocelular (escamocelular), metastatizante.
 - (a) Grado I, poca malignidad.
 - (b) Grado II, malignidad moderada.
 - (c) Grado III, malignidad marcada.
2. Basocelular, no metastatizante.
 - (a) Eczematoideo, en forma de placas, a menudo confundido con el cáncer de Bowen.
 - (b) De bordes enrollados.
 - (c) Ulcerado, superficial y profundo.
 - (d) Fungoso.
 - (e) Nodular profundo.
 - (f) Deprimido, parecido a cicatrices, a menudo confundido con la variedad siguiente.
 - (g) Morfeiforme.
 - (h) Cicatrizante.
 - (i) Tumores del borde ciliar.
3. Mixto, o sean nidos de células espinosas en tumores de células basales.
4. Adenocarcinoma de los conductos o glándulas sudoríparas, que metastatizan tardíamente.
5. Adenocarcinoma de las glándulas sebáceas, metastatizante.

6. Intradérmico, con metástasis tardías.
 - (a) Enfermedad de Paget, bien mamaria o extramamaria.
 - (b) Cáncer de Bowen.
7. Xeroderma pigmentoso, con metástasis.
8. Melanoma derivado de nevos pigmentados, con metástasis tempranas.

En el tratamiento, hay que considerar las siguientes variedades:

1. Prevención.
2. Exceisión quirúrgica.
3. Endotermia quirúrgica (electrocoagulación).
4. Rayos X.
5. Radio.
6. Cáusticos.
7. Una combinación de la cirugía, o la electrocoagulación, con la irradiación.

Visto que el cáncer suele proceder de anomalías conocidas de la piel, puede a menudo prevenirse extirpando prontamente las mismas. Las llamadas lesiones precancerosas son más peligrosas cuando se hallan expuestas a la irritación crónica, pudiendo ser clasificadas así:

1. Cicatrices debidas a traumatismos, quemaduras, afecciones ulcerosas de la piel, tales como lupo vulgar, y radioterapia. El cáncer que se forma en cualquiera de ellas suele ser céluoespinoso.

2. Las queratosis seniles, en particular de la cara y manos, suelen deberse a la exposición excesiva al viento o al sol, mas no deben confundirse con las verrugas seborreicas corrientes, que muy rara vez se vuelven malignas. Los cánceres de la cara son, por lo común basocelulares, y los de la mano espinocelulares.

3. Los nevos, y en particular los planos, sin vellos, y escamosos, a veces terminan en tumores pigmentados muy malignos. Los azules también son peligrosos.

Naturalmente, las cicatrices grandes, son difíciles de extirpar, pero no sucede así con las pequeñas. Las debidas a los rayos X pueden frecuentemente ser eliminadas por medio de injertos cutáneos profundos. Toda cicatriz debe ser cuidadosamente vigilada, a fin de destruir con la endotermia toda zona sospechosa.

Las queratosis seniles pueden ser eliminadas por medio de la cirugía, los rayos X, el radio, o la electrocoagulación superficial. El resultado es magnífico.

A los nevos, probablemente es mejor tratarlos por medio de la electrocoagulación perfecta. Por desgracia, muchos patólogos recomiendan una exceisión muy extensa, por asustarles la aparición de un poco de pigmento. Esto, de paso, plantea el interesante problema filosófico de porqué tantos patólogos se consideran terapeutas magistrales. Hay que condenar en absoluto el tratamiento insuficiente, y métodos que consisten en la aplicación de ácido o de nieve carbónica, son por demás impropios.

Los admirables trabajos de los patólogos ya han demostrado que el estudio histológico puede servir para graduar o clasificar la malignidad de los cánceres céluoespinosos. Los tumores que revelan muchas perlas epiteliales y mucho tejido queratinizado, no infiltran muy adentro, ni metastatizan muy temprano. En cambio, las neoplasias de composición puramente celular, son sumamente malignas. La clasificación primitiva comprendía cuatro grupos, pero, en la actuali-

dad, la tendencia es a formar únicamente tres. Cirujanos y roentgenólogos han entablado una batalla muy reñida en cuanto al relativo mérito de esos tratamientos, en particular en el cáncer de las mucosas, pero hasta ahora bien pocos han sido los conversos. La discusión apenas se ha extendido a la esfera de los tumores cutáneos.

En lo tocante al cáncer espinocelular de la piel, tienen aplicación las siguientes reglas generales:

(1) La biopsia es necesaria para clasificar las formas de las lesiones, y es mejor hacerla con el bisturí endotérmico. El procedimiento ideal al realizar una biopsia por cáncer, es el siguiente: excindido todo el tumor con el bisturí, se congelan trocillos inmediatamente y tiñen y examinan al microscopio, pudiendo entonces el cirujano extender el campo operatorio o cerrar la herida. Por desgracia, dicho método sólo resulta posible en un hospital bien montado. Fuera de ahí, los cirujanos tienen que contentarse, bien con extirpar toda la lesión y obtener y estudiar cortes, o con extirpar suficiente tejido para examen, electrocoagular la herida, y esperar a que llegue el informe del patólogo. Por desgracia, para la tranquilidad del cirujano y del enfermo, no es raro en modo alguno que los patólogos discrepen en sus interpretaciones, y he ahí el único reparo que cabe ofrecer al diagnóstico inmediato con cortes congelados.

(2) Los tumores de la clase I metastatizan tan tardíamente e infiltran tan poco, que la mayoría de los incipientes pueden curarse permanentemente (por no menos de un período de cinco años) con la cirugía, la electrocoagulación o la radioterapia. Con cualquiera de dichos métodos es posible extirpar localmente lesiones bastante grandes. La verdadera dificultad consiste en cómo atender a los ganglios linfáticos invadidos, lo cual actualmente no es posible en más de 25 por ciento de los casos. Cada día existe más tendencia a utilizar implantes de radio en el ganglio afectado. Sin embargo, nuestros conocimientos de las formas de propagación del cáncer demuestran que, para la fecha en que puede palpase un ganglio, ya suelen estar invadidos otros, y es casi imposible tratarlos todos. Donde se dispone de radio en abundancia, otro método popular consiste en el empleo de taponamientos de radio, utilizándose una gran cantidad de esta sustancia con filtros gruesos. La tendencia a emplear rayos X de alto voltaje no tiene mucho fundamento, pues los rayos del radio contienen ondas más cortas. La extirpación de los tumores locales con dosis cáusticas, bien de rayos X o radio no resulta, a ojos vistas, tan buena como el empleo de la electrocoagulación siempre que puedan salvarse los órganos adyacentes, donde la cicatrización es rápida, y cuando no hay posibilidad de una radio-dermatitis de tercer grado.

(3) Es probable que la combinación de la electrocirugía con la irradiación, rinda el mayor porcentaje de curaciones en los tumores locales grandes.

El segundo grupo de cánceres céluloespinosos debe tratarse de acuerdo con los principios expuestos, pero, naturalmente, el porcentaje de curaciones no será tan elevado.

En el grupo 3 la mortalidad es elevadísima, sea cual fuere el método terapéutico utilizado, pues parece imposible precaver o curar las metástasis tempranas, aun extirpado con éxito el tumor local.

Con respecto a la patología de los tumores basocelulares, no hay acuerdo general. Krompecher opinaba que procedían de las células basales del retículo, pero, para muchos, la mayoría se originan en los folículos pilosos, no faltando quienes opinan que se derivan del anlaje, según el concepto original de Cohnheim.

Como los tumores basocelulares no metastatizan, por lo menos, a menos que sean del tipo mixto, y aun entonces sólo después de transcurridos varios años, salta a la vista que el objetivo terapéutico es la destrucción local. Esta debe ser completa, pues las recurrencias son mucho más difíciles de atender que las lesiones primitivas. Recalquemos aquí que el cáncer célulobasal, si afecta hueso o cartilago, o está incrustado en tejido cicatricial, no puede ser tratado con éxito por los rayos X o el radio, a menos que se utilicen dosis cáusticas. También, debe recordarse siempre que los tumores que recurren después de la irradiación, por lo general, no pueden curarse con dicho elemento.

Las lesiones eczematoideas o en forma de placas, no son tan bien conocidas como debieran serlo. Frecuentemente múltiples, cada lesión puede alcanzar un diámetro de 15 cm o más, siendo más susceptibles de presentarse en personas de piel muy seca. Es importante tener presente que toda la lesión es maligna. La irradiación a dosis inocuas fracasa frecuentemente, de modo que nos vemos obligados a atenernos a la excisión o la electrocoagulación en los tumores pequeños, y a la electrocoagulación, seguida a veces de injertos cutáneos, en los grandes. Por tener un aspecto tan superficial es que los inexpertos se ven tentados a emplear una pasta cáustica en esas lesiones. Conviene, pues, aquí, dedicar alguna atención a las llamadas pastas anticáncer, cuyos elementos suelen consistir bien en cloruro de cinc o en una sal arsenical. No cabe duda de que las mismas han curado muchos cánceres cutáneos, pero su empleo adolece de los siguientes reparos graves: primero, imposibilidad de obtener material patológico para estudio; segundo, el dolor ocasionado por espacio de varios días; y tercero, incapacidad para apreciar exactamente la profundidad de la destrucción. Por eso, resulta infinitamente mejor para el enfermo emplear la electrocoagulación, o el cauterio bajo anestesia.

El éter y el etileno no son anestésicos apropiados cuando se utilizan bien el cauterio o la electrocoagulación, pues han ocasionado más de una explosión. El empleo de un abanico eléctrico para alejar los vapores del campo de operaciones resulta de alguna utilidad,

pero, seguramente, no debe confiarse en eso en las operaciones cerca de la cabeza o en la porción superior del cuerpo. Deben utilizarse, pues, la anestesia local, el bloqueo nervioso, o la raquianestesia. En casos de apuro, se ha echado mano al cloroformo.

Los cánceres célulobasales corrientes de bordes enrollados, son comparativamente fáciles de curar, si no radican en la oreja o párpado. Si el acceso es fácil, la excisión, abarcando un borde amplio, constituye un método rápido y casi seguro de eliminar el trastorno. En sitios como la nariz o el repliegue nasolabial, la electrocoagulación es preferible, y en el párpado u oreja, resulta el único método práctico, a menos que el tumor sea muy superficial, en cuyo caso cabe emplear la irradiación.

La técnica de la electrocoagulación es la siguiente: se traza un círculo profundo alrededor de la lesión con el bisturí endotérmico, excindiéndose de preferencia con el mismo. De todos modos, hay que guardar tejido para examen. Luego viene la coagulación, bien mono o bipolar, teniendo cuidado de socavar perfectamente los bordes. Hay que raspar todo tejido carbonizado, tocando la base ligeramente con la aguja. En casos en que se ha penetrado hasta el periostio, se han observado hemorragias tardías. A medida que se desprende el tejido esfacelado, debe aplicarse un antiséptico suave a la herida. Los rayos X y el radio obtienen más o menos el mismo porcentaje de curaciones. El empleo de aparatos de alto voltaje para tumores superficiales resulta innecesario; es más, del radio se obtienen con mayor facilidad ondas cortas. Es probable que el mayor porcentaje de curaciones corresponda a la electrocoagulación, seguida de los rayos X o el radio.

Las lesiones ulceradas pueden ser superficiales o profundas; si superficiales, pueden tratarse de acuerdo con los métodos descritos. Las profundas son propensas a mostrarse radorresistentes, y si son grandes, no se prestan muy bien para la excisión. La electrocoagulación ofrece el mejor método de atacarlas y, a menudo, logra resultados sorprendentes.

Las lesiones fungosas, debido a su espesor, son difíciles de tratar con aparatos de voltaje relativamente bajo, a menos que se aplique a la superficie una dosis total de unas 6,000 R. Un método mejor consiste en la implantación de simientes de radio en la base de esas lesiones. La electrocoagulación es también muy satisfactoria.

Los nódulos profundos son los tumores más difíciles de tratar. En primer lugar, hay que determinar su patología. Si son basocelulares, un porcentaje sorprendente cederá a rayos de un voltaje por lo menos de 130, filtrados por no menos de 5 mm de aluminio, o su equivalente. En varios casos recientes, la combinación de electrocoagulación e irradiación ha obtenido curaciones de dos años, aunque, naturalmente, no se conoce todavía el resultado permanente.

El cáncer cicatricial deprimido es difícil de diagnosticar, y también de tratar. Resulta difícil determinar los límites exactos, de modo que tanto la cirugía como la irradiación acaso resulten poco satisfactorias. El radio ha surtido muy buen efecto.

Los cánceres morfeiformes pueden tratarse precisamente lo mismo que las lesiones cicatriciales.

Los tumores cicatrizantes superficiales ceden tan bien a los rayos X, que no es necesario mencionar ningún otro método terapéutico.

Un cáncer célulobasal que se extiende por el borde de las pestañas, puede ser primario del párpado o de la piel, bien en el canto interno o externo. Si se halla bien desarrollado, pueden utilizarse los rayos X o el radio, por lo común con magníficos resultados. Es mejor proteger la conjuntiva con una pantalla metálica. Esos tumores también pueden extirparse con perfecta seguridad por medio de la electrocoagulación, si se aleja suficientemente el párpado, y se cubre la conjuntiva con una compresa humedecida en suero fisiológico, o con el dedo del operador.

Por cáncer celular mixto, se sobreentiende la variedad que comienza como tumor célulobasal, sigue una evolución lenta, y de repente reviste las propiedades malignas de la infiltración o de las metástasis. Un estudio histológico revela que las células activas son espinosas. Una investigación cuidadosa, que puede hacerse mejor por medio de cortes en serie del tumor activo, pone de manifiesto que muchos cánceres célulobasales contienen en su interior pequeñas zonas de esta variedad mucho más maligna. Esos tumores deben ser tratados conforme a las reglas expuestas para los céluloespinosos.

Los adenocarcinomas de las glándulas sudoríparas, toman la forma de nódulos profundos, por lo común situados en la cara. Por fortuna, no son de desarrollo rápido, ni forman metástasis por varios años. Sólo pueden ser diagnosticados por medio de la biopsia. Los rayos X obtienen una regresión rápida, pero no siempre la curación permanente. Es tan escasa la literatura relativa a esos tumores, que no cabe mostrarse dogmático, pero la electrocoagulación parece ser la terapéutica más segura. No hay que confundir esas neoplasias con los siringocistoadenomas múltiples, que son benignos.

Los adenocarcinomas de las glándulas sebáceas son sumamente raros, habiéndose comunicado muy pocos casos. Al parecer, éstos forman metástasis tempranamente, y el desarrollo local es rápido. Deben ser tratados de acuerdo con las reglas para el grupo 3 de los tumores céluloespinosos.

La enfermedad de Paget de la mama, pasa hoy día por ser un cáncer intradérmico, derivado de la difusión de un cáncer profundo por los conductos galactóforos, y de ahí que en los casos bien desarrollados haya que extirpar la mama. En una gran proporción de los casos incipientes, la roentgenoterapia ha resultado curativa, pero hay que poner en duda el diagnóstico en algunos de ellos. No se

conoce nada acerca de los efectos de la electrocoagulación en los mismos.

Los llamados casos de enfermedad de Paget extramamaria, al parecer, se originan en tumores malignos profundos. Se han descrito éxitos con la excisión total, la electrocoagulación y la irradiación, pero hasta la fecha no tenemos estadísticas en que basar la preferencia.

La enfermedad de Bowen es otra forma de cáncer intradérmico, que se origina en las terminaciones de los conductos sudoríparos, habiéndose observado en algunos casos degeneración a cáncer espino o basocelular típico. Como se recordará, en un caso puro de esa enfermedad existe una placa con varias queratosis prominentes que brotan de los bordes, o hasta del centro. Si se observa el tumor en ese período, la electrocoagulación es probablemente el mejor tratamiento, aunque la excisión también debería resultar curativa. Se han comunicado curaciones con los rayos X y el radio, pero en muchos casos se ha confundido la verdadera enfermedad de Bowen con el cáncer eczematoideo.

El xeroderma pigmentoso hasta ahora ha resultado siempre letal. Sin embargo, hay varios casos descritos, en que se han extirpado las queratosis con los rayos X o el radio con tal éxito, que se ha impedido la degeneración maligna por bastantes años. No hay motivos para que la electrocoagulación no resulte todavía mejor. Una vez sobrevenida la malignidad, los resultantes tumores espinocelulares probablemente se mostrarán muy resistentes a la irradiación, a menos que se utilice una dosis cáustica.

Los melanomas malignos han enredado a los patólogos en una contienda animada acerca de su origen, habiendo sido llamados sarcomas, y carcinomas, y la última teoría es que proceden de las terminaciones nerviosas. No importa cuál sea su origen celular, derivarse de los nevos azules, o de nevos no pilosos, escamosos e intensamente pigmentados, y de varios tamaños. Como la irritación crónica parece desempeñar un gran papel en su desarrollo, parece manifiesto que lo más prudente es eliminar todos los expuestos a la misma, y eso se hace mejor por medio de la electrocoagulación. En un porcentaje elevado, las metástasis se difunden desde muy temprano, y en esos casos nada puede lograr ningún tratamiento conocido. Sin embargo, en varios casos la propagación temprana es exclusivamente por la cadena linfática, y de quedar el tumor primario en un miembro, la amputación tal vez obtenga la curación. En otros casos, se ha comunicado que la radioterapia muy intensa ha conseguido muchas curaciones. Bajo ningún concepto deben cortarse o irritarse en forma alguna esos tumores. Si va a probarse la cirugía, debe ser con el cauterio o la electrocoagulación, y comprender una zona ancha y profunda.

Todas las estadísticas relativas a curaciones permanentes deben ser aceptadas como aproximadas, no absolutas. En la terapéutica y en la

interpretación de los resultados, la ecuación personal desempeña un gran papel. Un buen cirujano puede obtener resultados mucho mejores que un mal roentgenólogo, y viceversa. Las cifras referentes a curaciones permanentes no pueden ser tomadas como definitivas, a menos que abarquen un período de cinco años. El exceso de entusiasmo todavía impide que los médicos reconozcan las recurrencias. Las siguientes estadísticas sólo toman en cuenta el trabajo de individuos conocidos como conservadores y bien preparados, cuyos resultados están disponibles para inspección.

Los resultados del tratamiento han sido aproximadamente como sigue:

<i>Epilelioma espinocelular</i> (no hay cifras separadas para las distintas formas):		Por ciento
Rayos X, curaciones	40 a 50	
Electrocoagulación y Rayos X, curaciones	75	
(No hay cifras para los otros métodos de tratamiento.)		
<i>Cáncer basocelular</i> :		
Cirugía, casos seleccionados, curaciones	93	
Cirugía, no seleccionados, curaciones	86	
Rayos X, casos seleccionados, curaciones	92	
Rayos X, no seleccionados, curaciones	85	
Radio, casos seleccionados, curaciones	93	
Radio, no seleccionados, curaciones	86	
Electrocoagulación e irradiación:		
Casos seleccionados, curaciones	99	
No seleccionados	97.5	
<i>Xeroderma pigmentoso</i> :		
Curaciones	0	
<i>Melanomas</i> :		
Cirugía, curaciones	1	
Rayos X, curaciones	5	

En cuanto a las otras formas de cáncer, las estadísticas disponibles no son aun suficientes para revestir valor permanente.

Abandono del alcohol en el tratamiento de las fiebres.—El Dr. Rolleston, director médico del Hospital Occidental de Fiebres, de Londres, abandonó hace más de 25 años el empleo terapéutico del alcohol, y al hacerse cargo de dicho establecimiento en 1926, logró que sus colegas hicieran lo mismo. En el hospital consumieron unas 2,600 onzas de brandy en 1925, y ninguno en 1929 y 1930. En los otros ocho hospitales para infectocontagiosos en Londres, todavía emplean alcohol en abundancia, en particular en la difteria, tifoidea, bronconeumonía post-sarampionosa, y tos ferina. En 1927-30, la mortalidad ocasionada por esas enfermedades, así como por la escarlatina, fué casi siempre menor en el Hospital Occidental que en los otros ocho, y en 1927 y 1928, menor en la difteria que en ningún otro. El Dr. Rolleston opina que no tan sólo no ha disminuído la velocidad de la reposición al omitirse el alcohol, sino que la convalecencia ha sido igualmente rápida que en los demás hospitales. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1578, ab. 30, 1932.)