CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE TUMOR ÓSEO DE LA CLAVÍCULA Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Prof. D. PRAT

Tengo el placer de someter a la consideración de la Sociedad de Cirugía de Montevideo un caso de tumor óseo de la clavícula y de la columna vertebral, cuyas características clínicas, patogénicas y terapéuticas no son comunes y corrientes y que creo puedan interesar a los miembros de esta Sociedad.

He aquí la historia clínica:

Tumor de la extremidad externa de la clavícula izquierda. Metástasis vertebral. Paraplejia. Extirpación del tumor clavicular, tratamiento por la toxina de Colez y radioterapia.

OBS. CLINICA. — M. M. O., de 35 años de edad, comerciante, radicado en la Argentina, a quien hemos operado anteriormente de apendicitis aguda y de quiste hidático de la cara superior del hígado, nos viene a ver ahora, por una tumefacción de la clavícula izquierda.

Hará unos 9 meses empezó a sentir dolores del tronco, especialmente de las masas sacro lumbares y dolores en la cintura que lo molestaban bastante. Más tarde estos dolores se hicieron mucho más intensos y continuados, al punto que no lo dejaban descansar, ni dormir. Vió médico que catalogó estos dolores de reumáticos y le hizo un tratamiento salicilado. Esto lo mejoró ligeramente, pero continuó con sus dolores y molestias a punto tal que en muchos casos el medicamento no le daba resultado alguno. Los dolores comenzaron a propagarse hacia las extremidades inferiores molestándolo para la marcha y fué tratado entonces por ciática. Cuando sufría bastante, su alivio mayor lo encontraba estando a caballo, pero sin hacer esfuerzos, pues en tal caso sentía agudizados sus dolores. Ultimamente los dolores habían calmado algo y su atención fué llamada por una nueva lesión.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 8 de julio de 1936.

Hace 4 meses que notó que se le hinchaba a nivel de la parte externa de la clavícula, sin sentir dolores, ni otras molestias. Sin embargo, de acuerdo con los datos suministrados por la señora parece que hubiesen existido dolores en la región del tumor. No le dió mayor importancia a la tumefacción clavicular, hasta que visto por el Dr. Beraza, éste le aconseja que venga a Montevideo a consultar a un cirujano.

Antes de ser visto por el Dr. Beraza y por mi, lo había visto y atendido otro colega que le practicó una punción del tumor, de cuyo resultado no

Fig. 1. — Radiografía del tumor clavicular. La parte externa de la clavícula está completamente destruída por el tumor.

hemos podido obtener dato seguro, pero parece que la punción no dió salida a ningún líquido.

Al examen que le practicamos, constatamos una tumefacción del 1/3 externo de la clavícula izquierda, que tiene el tamaño de una ciruela. La piel está levantada por el tumor pero sin ninguna alteración en ella, que es de aspecto sano y normal. Los movimientos de la articulación del hombro están libres, conservando su amplitud fisiológica, cosa que se explica, pues el tumor sólo se extiende hasta la articulación acromio clavicular.

A la palpación constatamos un ligero aumento de la temperatura local, la región tumoral está más caliente que las partes adyacentes. La tumefacción se ha hecho a expensas de la clavícula que está muy aumentada de volumen en su 1/3 externo, llegando desde la unión del 1/3 medio y externo, hasta la interlínea del acromio con la clavícula. Palpamos la clavícula normal hasta el comienzo del tumor, donde éste parece estar formado por el ensanchamiento excéntrico de la clavícula, por una neoformación central que ha obligado su expansión y el estallido del hueso en algunas partes de su

periferia. La superficie es groseramente redondeada, constituyendo en su conjunto un aspecto fusiforme u ovoideo. Su consistencia es dura, ósea en partes,

Fig. 2. — Radiografía ántero-posterior de la columna vertebral. Se constata una lesión destructiva del cuerpo de 12.a vértebra dorsal.

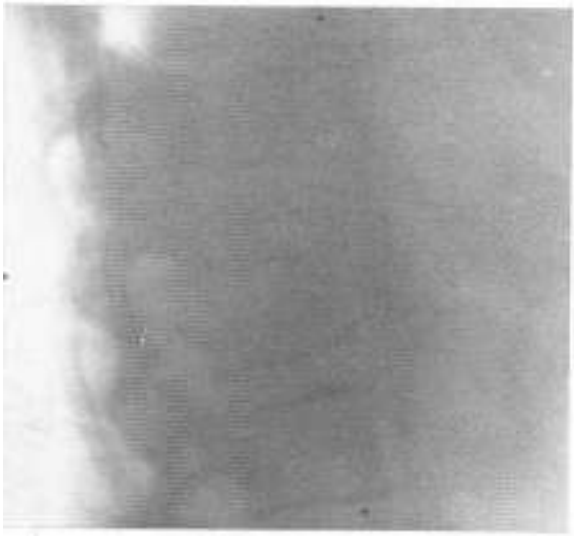

Fig. 3. — Radiografía lateral de la columna vertebral. El cuerpo vertebral de la 12.a dorsal está reducido a un disco del 1/4 de su volumen normal.

mientras que en otras posiciones interpuestas es francamente blando, pero resistente.

El tumor es casi completamente indoloro, aunque en ciertos puntos la presión despierta una ligera sensibilidad. No encontramos ninguna formación

de naturaleza ganglionar, ni en el triángulo supraclavicular, ni en la región carotídea, ni en ninguna otra parte del cuerpo.

El examen general que hacemos, no nos revela ningún elemento patológico digno de mención. Su estado general es bueno, excelente podemos afirmar,

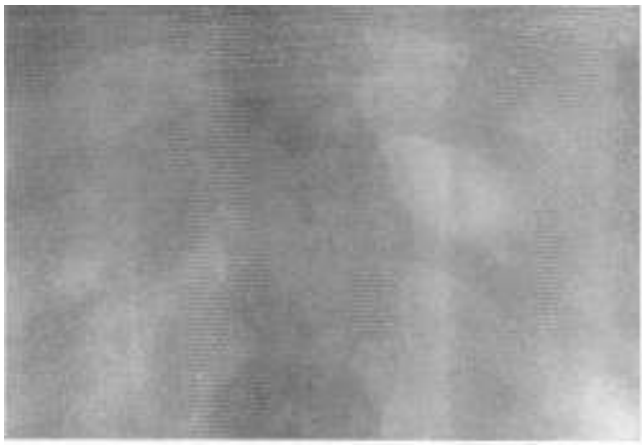

Fig. 4.—Radiografía ántero - posterior de la columna a los varios meses de tratamiento cuando se ha producido una recalcificación del foco y consolidación angular del raquis en la articulación dorso lumbar

Fig. 5. — Radiografía lateral de la columna que evidencia la recalcificación y el aumento de espesor del cuerpo de la 12.a dorsal, después del tratamiento.

pues lo único que ha molestado al enfermo, son esos dolores del tronco con irradiaciones a los miembros inferiores que fueron catalogados de reumatismo y tratados por el salicilato y analgésicos. No hay modificaciones del apetito ni disminución de peso.

El diagnóstico clínico lo establecemos entre estas tres probables lesiones: 1º Hidatidosis clavicular. 2º Tumor a mieloplaxes y 3º Sarcoma. La probabilidad diagnóstica la consideramos de acuerdo con el orden de enunciación.

Se le practica el estudio radiológico de su tumor que se hace en el laboratorio del Dr. Barcia, radiografías que ponen en evidencia una lesión destructiva del hueso, habiendo irradiado el tumor más allá de los límites externos de la clavícula ya invadidos y destruídos. La clavícula bastante conservada, hasta casi el contacto con el tumor, se abre enseguida con sus dos capas compactas en forma de gancho, estando estas porciones muy alteradas y desorganizadas. La superficie externa o borde del arco inferior está roto y desintegrado en partes, en el centro de esta horquilla está alojado el tumor que se manifiesta como una sombra, con tabiques claros y sinuosos en su parte interna, homogénea y lisa en el resto de su extensión y sólo con algunos tenues tabiques en su formación más externa. Acromio, húmero y resto del omóplato, normales. Esta imagen radiográfica que no presenta nada característico de la hidatidosis, ni del sarcoma osteoideo, podría aceptarse como una imagen posible de tumor a mieloplaxos por el aspecto de la lesión, que ha distendido el hueso y porque tiene algunos tabiques. Sin embargo la rotura franca de la clavícula no es del tumor a mieloplaxos sino más bien de un tumor maligno: el sarcoma.

En el hemitórax izquierdo aparece una sombra redondeada, del tamaño de una mandarina, que no se localizó bien y que en el primer momento tomamos por un quiste hidático, cosa posible ya que el enfermo había sido operado anteriormente de un quiste del hígado. Dado que el tumor clavicular tiene las características de un tumor maligno, no nos preocupamos mayormente por ahora de la sombra torácica y proponemos al enfermo la operación de su tumor clavicular, planteándole ahora a sus familiares el diagnóstico en el siguiente orden: 1º Tumor a mieloplaxos. 2º Hidatidosis. 3º Sarcoma. Exámenes de sangre y orina, bien. Numeración de glóbulos rojos y tiempo de coagulación, normales. Digitalina y cloruro de calcio.

Operación. — Drs. Prat. e Iraola. Anestesia crepuscular y local a la novocaína. Incisión amplia sobre la mitad externa de la clavícula contorneando el tumor. En la parte interna llegamos profundamente hasta poner en descubierto la clavícula, sangrando bastante lo que nos obliga a una cuidadosa hemostasis, por ligaduras y compresión. Liberada la clavícula en su parte sana, algo hacia adentro del tumor, hacemos su sección con el Gigli. Liberación y disección del tumor, tratando de mantenernos lejos del tumor, pero en su parte externa se abre su cápsula o pared externa y aparecen fungosidades de tipo maligno. Taponamos su cavidad con gasa y entonces con todo cuidado disecamos de dentro afuera y por el plano profundo, infraclavicular, luego su parte posterior y externa, logrando así desprender casi todo el tumor yendo por fuera de su cápsula. Abajo seccionamos los ligamentos conoide y trapezoide y afuera, desarticulamos en plena interlínea acromio - clavicular, para así desprender totalmente el tumor sin dejar nada de él.

Hemostasis cuidadosa, taponamiento de la cavidad y puntos en los dos extremos de la incisión para achicar la brecha.

El enfermo toleró muy bien la operación sin mayor dolor, aunque recurrimos a una segunda crepuscular.

Post operatorio muy bueno, al 4º día se le quita la mecha y continuamos las curas hasta obtener la cicatrización como al mes.

La pieza está constituída por una masa como una ciruela, con la corteza ósea ya destruída en gran parte y con contenido de aspecto maligno. Se le envía al Profesor Lasnier que dió el siguiente informe:

"Se trata de un sarcoma a células esferoidales medianas, con algunas zonas de células polimorfas y monstruosas de escaso estroma intersticial, infiltrando tejidos conjuntivo fibroso y muscular estriado". Firmado: E. J. Lasnier.

Ante un resultado tan categórico inicié un tratamiento de toxina de Colez y de radioterapia profunda. Empezamos por la toxina de Colez, preparación constituída por una mezcla de toxinas de cultivos muertos de estreptococos, de erisipela y bacilo prodigioso. Las inyecciones se dieron por vía intramuscular, empezándose por 1/10 de c. c. diluído en suero o agua recientemente hervida, repitiéndose la inyección todos los días o cada 2 días si la reacción era intensa. Las reacciones febriles fueron muy intensas llegando rápidamente a 38 ½ y 39º y cuando nos aproximamos a la dosis de 1 c. c. la reacción era de 40º y 40º y ½, con gran reacción general de vómitos, decaimiento, anorexia, etc.

Cuando habíamos realizado un tratamiento ya intensivo por la toxina de Colez, se inició el tratamiento por la radioterapia profunda en el Laboratorio del Dr. Barcia. El paciente entretanto se quejaba de sus dolores musculares, masas sacrolumbares y del tronco, que lo molestaban mucho y que como estaban catalogados de reumatismo tratamos por el salicilato.

Nos llamó la atención que esta activa medicación no diera resultado alguno, lo que despertó nuestras sospechas para realizar una investigación clínica más completa cuando el enfermo al visitarnos en nuestro consultorio, como al mes y medio de la operación, nos significó que las piernas se le adormecían y que sentía como el pasaje de corriente eléctrica por los miembros superiores. En un examen somero que practicamos sólo constatamos una exageración de reflejos, sobre todo del rotuliano y entonces le indicamos un examen radiológico de la columna vertebral. Este examen se había hecho cuando se investigó una posible hidatidosis ósea, momento en que se le radiografiaron la mayoría de los huesos. En este nuevo examen se constató una grave lesión destructiva de la 12ª dorsal, que se presentaba casi destruída por un proceso de osteolisis, casi seguramente de naturaleza maligna y al parecer como metástasis vertebral del tumor clavicular.

Ante este hecho, se intensificó el tratamiento y se aconsejó al paciente un reposo relativo; sin embargo, cuando llevaba hechas dos aplicaciones de radioterapia profunda y una serie larga de inyecciones de toxina Colez, una mañana estando en el cuarto de baño, sintió bruscamente que las piernas se le paralizaban y cayó al suelo. Fuímos llamados de urgencia y en compañía de nuestro colega y amigo, el Dr. M. Terán con quien compartimos esta asistencia, nos fué fácil constatar una paraplejia por aplastamiento de la 12ª dorsal. Dolor a la compresión de la 12ª dorsal, impotencia absoluta de los miembros inferiores. Reflejos exagerados y Babinski.

Hicimos la maniobra de reducción de la fractura colocándolo boca abajo con tracción de las extremidades inferiores y del tronco. Enseguida se le coloca en decúbito dorsal en cama dura, levantada de los pies con tracción

de 2 kilos en cada pie. Bolsa de arena en la región dorso lumbar que provoca una lordosis de corrección. Tonificación del enfermo y evacuación diaria del tubo digestivo. Días después le colocamos un corsé enyesado en la posición característica de reducción de las fracturas de columna (Jones), corsé que apoya en los hombros y crestas ilíacas.

El enfermo muy dolorido y pesimista los primeros días, se va adaptando al corsé enyesado y a los 8 o 10 días lo tolera muy bien, renaciendo en él, la confianza y la esperanza. Se aprovecha para realizar un tratamiento muy intensivo por la toxina de Colez, que le provoca reacciones formidables.

Muy lentamente, como al mes, se inician los movimientos voluntarios en los miembros inferiores, movimientos que auxiliados por el masaje adquieren una sorprendente mejoría en poco tiempo. Al mes y medio, auxiliado por sus familiares le permitimos sentarse en un sillón y ya pronto inicia la marcha auxiliado por muletas. La mejoría es tan rápida que pronto camina con una sola muleta o apoyado en los muebles. Luego camina sólo con un bastón y hace ya como un mes y medio que camina sin apoyo alguno y afirmándonos que siente fuertes sus piernas, sin temblores ni claudicaciones.

Cuando empezó a caminar reiniciamos el tratamiento radioterápico, yendo al principio al Laboratorio acostado en la ambulancia, pero pronto hizo ya el viaje en el asiento delantero de un auto. En 53 días se le habían aplicado 3900 r. y ahora ha completado una serie más.

El estado general del enfermo ha mejorado notablemente, ha engrosado tanto que el corsé resulta sumamente pequeño, ha sido recortado varias veces y ahora ha estallado por no resistir más la presión del cuerpo en su engrosamiento progresivo. Se le cambiará el corsé de yeso por un corsé de celuloide. Se le han hecho varias radiografías seriadas y en ellas se puede constatar que la vértebra de la metástasis ha quedado totalmente achatada y ha realizado una intensa recalcificación como se puede comprobar por las radiografías que presentamos al examen y contralor de la Sociedad de Cirugía.

No se ha podido hacer una radiografía de la sombra del tórax aunque la deseamos vehementemente. No se ha podido practicar por la presencia del aparato enyesado; al cambiar este aparato, aprovecharemos para hacerla.

Este es el caso interesante cuya historia y evolución presento a ustedes y que es digno de algunas consideraciones clínicas, patogénicas y terapéuticas.

La primera cuestión que se plantea en nuestro caso es la referente al diagnóstico; primitivamente creímos que se tratara de un sarcoma primtivo de la clavícula con metástasis vertebral, pero hoy día, con datos más completos de la evolución del caso, surgen muchas dudas sobre el verdadero diagnóstico de nuestro enfermo y es muy posible que después de un análisis completo de los hechos, no nos podamos decidir por ningún diagnóstico ni

de naturaleza del tumor, ni siquiera, de cual es el tumor primitivo.

Como lo dijimos al principio, la evolución del tumor clavicular con la evidente comprobación histológica de sarcoma y aparición más tarde del accidente vertebral, con la correspondiente paraplejia; todo hacía suponer que se trataba de un ósteosarcoma clavicular con una metástasis vertebral. La rapidez de evolución de la lesión vertebral con relación a la lesión de la clavícula, la presencia de dolores del tronco, antes de la aparición del tumor clavicular y la rareza de que un sarcoma dé una metástasis en otro hueso, nos inspiraron la duda de si realmente el tumor clavicular era el causante de la metástasis vertebral, y ya en tren de dudas, nos preguntamos si la lesión clavicular y vertebral, no eran metástasis secundarias de un tumor ignorado que no hemos encontrado aún.

Nuestra primera y lógica suposición de que el tumor primitivo era el de la clavícula, estaba basada en la evolución de los hechos clínicos, que nos llevaban fatalmente a esa conclusión, pero analizando detenidamente sus fundamentos, no era aquella tan precisa ni tan categórica. Por lo pronto, cinco o seis meses antes de que el enfermo hubiese notado su tumefacción clavicular, había tenido grandes dolores del tronco, de las masas sacro lumbares a irradiación ciática, que fueron catalogados de reumatismales. Hoy tenemos que admitir que esos dolores eran producidos por la lesión vertebral neoplásica que estaba haciendo su evolución. A esto se suma, en contra también de la hipótesis de que el tumor clavicular fuera el tumor primitivo, el hecho de la rápida aparición de la metástasis vertebral, sólo 6 ó 6 ½ meses después de la constatación de la lesión clavicular y la fractura patológica tan precoz, puesto que fué casi enseguida de la operación.

El otro hecho que también va en contra de esa misma hipótesis es que la metástasis ósea de un osteosarcoma es rara, es corriente observar con mucha mayor frecuencia la metástasis visceral que la ósea. Podríamos agregar aun otro argumento contrario de gran valor y es la aparente evolución benigna de estos supuestos sarcomas, en el corto tiempo transcurrido. Sabrazés, Jeanneny y Mathez confirman nuestra afirmación en su obra, cuando dicen: "Hay que destacar que en el curso de las localiza-

ciones metastáticas de los osteosarcomas, los demás huesos están relativamente excluídos. El verdadero sarcoma osteogénico, *da pocas metástasis en el esqueleto,* contrariamente a lo que se pensaba y se enseñaba antes".

Agregan enseguida, que los supuestos osteosarcomas que dan lugar a metástasis óseas múltiples, no son sarcomas osteogénicos sino mielomas, endoteliomas o epiteliomas metastáticos. Putti y Camurati en su excelente informe del año 1927 al Congreso de Bologna, establecen casi lo mismo al decir "que el osteosarcoma da metástasis esqueléticas y viscerales, las primeras raras en el osteosarcoma, frecuentes en el endotelioma". En las consideraciones generales, agregan estos mismos autores, "que los tumores de la clavícula son endoteliomas o tumores secundarios y que un tumor localizado en la columna vertebral, si no es secundario es un tumor a células gigantes".

Todos estos argumentos sumados, han logrado quebrantar o modificar nuestro primitivo convencimiento, de que el tumor primitivo era el de la clavícula y nos han obligado a analizar otras posibilidades patogénicas, tales como por ej. que exista un tumor primitivo epitelial o que el tumor clavicular no sea un osteosarcoma, sino un tumor metastasiante óseo, como pudiera serlo un endotelioma.

Sabemos que existen tres cánceres que tienen una gran predilección para la metástasis ósea; ellos son: el cáncer del seno, el de la próstata y el cáncer tiroideo. El cáncer mamario que es el que da más metástasis óseas, alrededor del 82 %, puede ser descartado fácilmente en el hombre; le sigue en frecuencia el cáncer prostático, cuya metástasis tiene particular preferencia por la columna vertebral y finalmente el cáncer del tiroide que tiene poca predilección por la localización en el raquis. Queda todavía el hipernefroma o tumor a células claras de Grawitz, que también suele dar sus metástasis óseas. De acuerdo con lo expuesto, hemos realizado una investigación clínica en los órganos mencionados y que pudieran contener un epitelioma latente, que hubiere dado lugar a las metástasis de la clavícula y del raquis, pero esa exploración ha sido completamente negativa, ni las mamas, ni la próstata, ni la tiroide no tienen vestigios de un tumor epitelial. Puede haber un epitelioma latente en un órgano intraabdominal o torácico, tanto más difícil de investigar puesto que con el cor-

set de yeso no se puede practicar ningún examen. Dijimos anteriormente que en el hemitórax derecho existía una sombra redondeada, que radiológicamente no pudimos clasificar, pero que sospechamos fuese un quiste hidático. ¿No podría ser esta tumefacción un epitelioma bronco - pulmonar dando metástasis óseas? No lo creemos por el excelente estado general del enfermo, pero esta incógnita será resuelta, tan pronto como el enfermo se quite el corset y nos permita realizar un buen examen radiológico del tórax. No encontramos pues en nuestra búsqueda clínica ningún tumor epitelial que explique las metástasis óseas; ¿quiere decir entonces que no existe? Nada de eso, apesar del tiempo transcurrido no podemos descartar la posibilidad de un epitelioma oculto que hubiese dado las metástasis vertebral y clavicular, sólo una observación prolongada podría resolver por la afirmativa o negativa, esta hipótesis. Ahora bien, si las lesiones óseas de la clavícula y vertebral, fuesen metástasis epiteliales secundarias, lo lógico es que la histología las reconociera y quedara resuelto el problema con el simple examen microscópico. Desgraciadamente los hechos no son generalmente tan simples y si bien a veces se constata que un tumor óseo que suponíamos un sarcoma, se presenta formado por un epitelio cilíndrico, lo que permite realizar de inmediato el diagnóstico de un epitelioma secundario, en la generalidad de los casos, los tumores óseos secundarios se presentan con tal atipismo celular que amenudo es difícil o imposible establecer si se trata de un epitelioma o un sarcoma, como tal vez podría ocurrir en nuestro caso. Esto nos lleva a considerar y analizar la otra hipótesis posible, es decir, si el tumor clavicular de nuestro enfermo es un sarcoma o si por el contrario pudiera tratarse de otra clase de tumor de naturaleza maligna.

El dato fundamental que poseemos de que el tumor clavicular es un sarcoma, es el diagnóstico histológico del profesor Lasnier, quien después de un detenido estudio lo ha clasificado como sarcoma, aún después de conocer las dudas que existen, pero seguirá estudiando este tumor, realizando nuevos cortes.

La clínica no se opone al diagnóstico de sarcoma, su sintomatología encuadra perfectamente con la manifestación clínica de estos tumores, sólo hay discrepancias para interpretar dentro del sarcoma, la existencia y rapidez de la metástasis en otros huesos. La radiología no es tampoco contraria al diagnóstico de

sarcoma, pues la imagen encuadra perfectamente en las características radiológicas del sarcoma, pero podría también ser esa misma imagen la de un tumor secundario que no fuese un verdadero osteosarcoma. La complejidad y el desconocimiento que aún tenemos de los tumores óseos, nos obliga a dudar de un diagnóstico histológico, aún cuando él provenga de un técnico extraordinariamente competente y preparado, sobre todo cuando en casos particulares como el nuestro, existen dudas justificadas o porque la clínica encuentra ciertas incompatibilidades fundamentales, para explicar el caso, de acuerdo con el diagnóstico establecido por la anatomía patológica. En una palabra, aunque el diagnóstico microscópico, profundiza y va mucho más allá que la clínica, no podemos darle patente de seguridad o de infalibilidad a los diagnósticos de la histología microscópica hasta que la evolución clínica los haya justificado plenamente.

Desgraciadamente es tal el aspecto de variabilidad y transformismo de la célula sarcomatosa que ella puede simular cualquier tumor y es por eso que con toda razón dice un autor: "No existen caracteres histológicos específicos del osteosarcoma. No existe una célula sarcomatosa como no existe una carcinomatosa. La célula sarcomatosa es un elemento mesoblástico que le falta el poder de diferenciación, por eso, el atipismo es el carácter fundamental del osteosarcoma". (Putti y Camurati). Esto asociado a la multiplicidad de tipos de sustancia intercelular del sarcoma y que puede modificarse más aún con las reacciones particulares del hueso ante el tumor y según su mayor o menor vascularización, se explica la enorme dificultad para establecer un tipo uniforme y preciso al osteosarcoma.

Hasta poco ha, en el grupo de los sarcomas figuraban como tales el tumor a mieloplaxos y los tumores de Ewing, que hoy día se clasifican como tumores independientes cuyas características y evolución les permite formar grupos aparte. En nuestro caso cabría la posibilidad de considerar el tumor clavicular, como un tumor de Ewing (endotelioma), cuya predisposición a la metástasis ósea vertebral y rápida obediencia a terapéuticas determinadas, explicaría mejor el conjunto clínico. Pero como el tumor de Ewing, es un tipo de tumor ya reconocido, que el histólogo competente no ha identificado, no tenemos derecho a complicar más el diagnóstico de nuestro caso, con hipótesis que no estén

confirmadas o justificadas por las investigaciones científicas realizadas, aunque nuestro criterio clínico tenga predisposición a aceptar la posibilidad del endotelioma o tumor de Ewing.

Ante dudas tan complejas, lo lógico y prudente, es no aventurar hipótesis sin fundamento y debemos resolvernos a esperar que un atento y cuidadoso examen de la evolución, nos dé la solución de este problema diagnóstico.

La terapéutica de este caso tiene también características particulares y dignas de mención. No es común y corriente obsevar una metástasis vertebral maligna, que llega a la destrucción y fractura patológica de una vértebra, con su correspondiente paraplejia y que en breve tiempo recupere la movilidad de los miembros, más, que permita al enfermo caminar auxiliado por muletas primero y luego completamente solo; reconstituyéndose el foco vertebral con recalcificación intensa y con un estado general excelente con aumento de muchos kilos de peso.

Para analizar este resultado deberíamos considerar ante todo el tipo de tumor maligno que lo ha producido, puesto que no podemos abrigar dudas de que sea una lesión maligna desde el momento que es una metástasis; pero como vimos ya, no habiéndose diagnosticado la clase de tumor que nos tocó en suerte tratar, no podemos hablar de su reacción ante los agentes terapéuticos empleados.

Usamos la toxina de Colez y la radioterapia profunda con un total aproximado de 4.500 r. en unos 2 meses. La 12ª dorsal que fué destruída por la metástasis presenta ahora un disco de 1 ½ cent. de espesor y oscuro, que demuestra la intensa recalcificación que ha logrado, cosa poco común en un foco de metástasis vertebral.

La mejoría del enfermo sigue acentuándose progresivamente, pero apesar de esa evolución favorable, no concluiremos precipitadamente que el enfermo está curado, ni siquiera en vías de curación, porque en materia de neoplasma (cáncer) siempre hay que ser parco y prudente antes de pronunciar la palabra curación y mucho más en este caso, donde no hay nada todavía que haga vislumbrar una cura definitiva ni duradera siquiera.

Este caso pone bien en evidencia mi espíritu ecléctico terapéutico, demuestra que no trepido en recurrir a cualquier agente terapéutico científico, que pueda ser eficaz llámese éste, radium-

terapia, radioterapia profunda, vacunación, etc. En el seno de esta sociedad con motivo de una comunicación sobre un epitelioma bilateral de ambas axilas, el Dr. Caprio, a propósito de unos prudentes comentarios míos, sobre la posibilidad de que la actinoterapia pudiese facilitar la producción de metástasis, me hizo aparecer como que yo era contrario al radium y a la radioterapia en el tratamiento del cáncer.

Nada más absurdo podría afirmarse de mi criterio terapéutico sobre tal afección, pues, en mi práctica particular y en la cátedra, he preconizado siempre la eficaz colaboración terapéutica de la cirugía y de la actinoterapia, pero de la actinoterapia bien hecha y estrechamente vigilada y contraloreada, dando la prioridad a una u otra de estas ramas terapéuticas según la indicación y las características del caso. En múltiples circunstancias mi arte quirúrgico fué derrotado por el cáncer ya muy avanzado o inoperable y otras veces, fuí vencido por el mismo cáncer precoz; en todos estos casos he recurrido a la actinoterapia, que me ha auxiliado eficazmente dándome éxitos francos, pero relativos, se sobreentiende, pero siempre muy superiores en estas circunstancia, a la misma cirugía; es por eso que he quedado sumamente grato y agradecido a la actinoterapia, por los éxitos personales y totales, al igual que en el caso que hoy presento y si hablase mal de la actinoterapia sería un mal agradecido o un inconsciente.

La evolución del caso ha sido la siguiente: ahora al año cumplido de su primitiva operación de la clavícula; su cicatriz clavicular está perfectamente bien, sin recidiva, así como también su lesión vertebral. En cambio ha hecho un foco condroesternal, que retrocedió con el tratamiento de la radioterapia profunda; fractura patológica del cuello quirúrgico del húmero izquierdo por metástasis epitelial, nódulos de la frente y del cuello que han sido tratados también por la radioterapia. Estado general muy bueno que le permite hacer la vida normal de familia, apetito conservado, con aumento de peso. En una palabra, un estado general y una evolución florecientes, que no están de acuerdo con el tipo de lesión que presenta el enfermo.