

HECHOS DE OBSERVACION DE LA CLINICA
QUIRURGICA Y RADIOTERAPICA ASOCIADOS

*La fisiopatología tisular en los grandes decolamientos quirúrgicos.
Meiopraxia ante la acción de los rayos. - Cancerización regional
humana equiparable a la experimental.*

Prof. Dr. Carlos Stajano

Los clínicos siguen presenciando muchas veces, hechos de extraordinaria magnitud, con una indiferencia sólo explicable, por la momentánea falta de explicación del mecanismo productor, no valorando la esencia y el significado que atesoran. Los fenómenos sólo adquieren jerarquía científica, cuando el interés puesto en tensión por un mordiente especial, los vivifica, y los hace comprensibles fisiológicamente. Por este motivo es que el observador percibe sólo en forma amorfa, ciertas circunstancias que al mirarlas, no son vistas en realidad.

A esta categoría responden numerosos hechos de radioterapia post operatoria, en la terapéutica de los cánceres.

Los que hemos seguido paso a paso las alternativas de la evolución de esta maravillosa rama del conocimiento, no podemos olvidar lo que hemos visto, ni tampoco la argumentación puesta en juego, en las apasionadas discusiones entabladas con distinguidos radiólogos y radioterapeutas.

Hoy, en 1945, nuestro concepto sigue siendo exactamente el mismo que en 1921 ⁽¹⁾ y 1922 — destacando el valor del sistema neuro-vegetativo en la vida tisular. Fué entonces que sostuvimos con la base de hechos de observación, contra la opinión científica unánime del momento, de que el concepto terapéutico de Heintz y Winter, era un contrasentido fisiológico y que constituía para nosotros una verdadera herejía terapéutica. La crítica de que fuimos objeto en ese momento por los defensores del nuevo dogma alemán, no sólo no nos convenció, sino que sirvió para fortalecer

⁽¹⁾ Sistema nervioso y precáncer, 1921. Precáncer París O. Dom. (agotado).

⁽¹⁾ Trofismo y cáncer, 1922. Concurso Gallinal. Facultad de Medicina de Montevideo. (Uruguay).

nuestro pensar, al través de nuevas observaciones y de hechos no similares pero sí coincidentes de la patología y de la clínica.

El radioterapeuta en el momento actual no puede eludir el ritmo absorbente de la fisiología en pleno auge y vivir al margen de la inquietud que apasiona tanto al médico general, como al cirujano.

Lo ya perfectamente visto por la observación clínica empírica y abandonado como malo, y tal vez, olvidado por muchos; como también lo nunca visto por el nuevo y joven radioterapeuta, no debe relegarse al olvido, sino que debe desenterrarse y fructificar, enriqueciendo así el caudal que atesora nuestro conocimiento. La radioterapia, adquirió en clínica humana, mucho más de lo que consiguió la medicina experimental en el animal. No fué estéril para el progreso de las ciencias biológicas, todo su reguero de desastres. Precio obligatorio y fatal de la ignorancia de una época, pero precioso botín al fin, en la lucha de conquistas. Seguimos clamando hoy como ayer, para que la cancerología, oriente todos sus afanes y concentre su investigación, en el sistema vegetativo tisular despreciado, por todos los que han encumbrado a esa ciencia, en todas partes del mundo.

De la función neurovegetativa, dependen innumerables consecuencias sobre el tejido afectado; motor vital éste de la vida confederada de los tejidos diferenciados. De su integridad anatómica y funcional depende que cada tejido sea lo que es, así como sus perturbaciones tienen en él su razón de ser.

**Sistema vegetativo. Vasos. Tejido conjuntivo. Botón carnososo.
Reparación y cicatrización. Cirugía. Radiaciones.**

El cirujano cuenta para toda empresa quirúrgica con la poderosa facultad de reparación del tejido conjuntivo.

El proceso de reparación de las heridas, y el de la cicatrización definitiva, cuenta en su favor, con la vivacidad de ese potencial reparador.

Su biología nos es hoy bien conocida. Tejido noble y vector de vasos, a su vez provistos hasta sus más finas terminales, de una profusa inervación vegetativa. Simbiosis fisiológica neurovascular indispensable, para la nutrición normal del más apartado confín de la economía.

Toda agresión mecánica, física, química o bacteriana, como

general, es capaz de perturbar el régimen de la vida nutricia tisular y modificar la fisiología del botón carnoso, hecho "princeps" de la reparación conjuntiva. No escapa a nuestra tesis la función compleja del sistema retículo-endotelial, solidarizado en el complejo fisiológico del tejido que no ocupa. Conocemos todos el proceso elemental de la reparación, así como los enemigos de tal función.

En las heridas el botón carnoso tiene que ser aséptico, limpio y vivaz. Todo lo que altere esa condición, modificará su función elemental.

El botón carnoso, edematoso de la infección, llena a las heridas infectadas y su exuberancia y su hinchazón, denuncian la cronicidad así como la imposibilidad de la reparación eficaz. Botón carnoso de mala calidad e inservible a su finalidad, debe pues destruirse.

La asepsización de la herida, permitirá recién que esa yema-ción granulante, de buena calidad y espontáneamente cumpla su cometido.

Las viejas prácticas agresivas, del antiséptico concentrado, o intempestivo, contribuían a malograr la eficacia de esa natural función reparadora. La supresión de toda acción inoportuna, sobre el tejido de granulación, permite la libre acción del potencial natural de ese proceso formativo.

La acción de las radiaciones más compleja que la anterior obra a su vez eficaz o nocivamente. Así como el antiséptico en la época de Lister, provocó desastres, en forma equivalente, obró la radioterapia en la época de su iniciación.

La respuesta elemental a toda excitación útil es invariablemente la misma: hipervascularización, exaltación y rejuvenecimiento conjuntivo, movilización de células fijas en todas sus fases evolutivas y de involución como resultado de *una acción revulsiva correcta y moderadamente conducida.*

La acción intempestiva por su intensidad o por su frecuencia así como por su calidad, es capaz de producir toda la gama de lesiones ya ulcerosas, ya crónicas esclerosas, o destructivas y necróticas, y cuya esencia reside en la vulneración del sistema angio-neurovegetativo tisular, motor del tejido conjuntivo. Los elementos fisiológicos puestos en juego por la radioterapia (1), y

(1) Fisiopatología del tejido irradiado. Las Radioneuritis. Congreso de Cancerología del Centenario. Montevideo, 1930.

la fisiopatología y la clínica de sus quemaduras (Radiodermitis y Radionecrosis), nos han permitido confirmar esta verdad. Por otra parte, en lo que respecta a la evolución de estos procesos, conocemos tanto por la Patología humana, como por la Patología experimental, el hecho de la cancerización aguda o crónica, por la acción de los Rayos X o del Radium.

Los trastornos de la fisiología de la piel de los amplios colgajos y deslizamientos. — Un aspecto no tratado por los radioterapeutas, pero que no le es extraño al cirujano, es el referente a la disminuída resistencia frente a los rayos, de los tejidos o heridas operatorias residuales, de los grandes decolamientos quirúrgicos. Tal por ejemplo en la amplia operación de Halstead en el cáncer mamario, así como en los vaciamientos ilíacos retrocruales, e inguino crurales asociados en los cánceres del aparato genital externo del hombre o la mujer (operación de Basset). En el abordaje de la profundidad y para obtener luego, el cierre de la herida sin tracción de los bordes, se realizan amplios colgajos de deslizamiento y decolamientos de piel, con la indispensable cantidad de tejido celular subcutáneo.

La vitalidad de esos colgajos. — Quirúrgicamente es perfecta a condición de que el afrontamiento no sea hecho a tracción. Las suturas "tirantes" son un contrasentido y están condenadas a una segura necrosis. En cambio el amplio decolamiento, permite el deslizamiento fácil de grandes superficies, obteniéndose cicatrificaciones perfectas con vitalidad normal de las líneas de sutura, así como el resto de los tejidos que revisten el subsuelo de los planos decolados. El cirujano debe dar a su colgajo el espesor necesario de tejido celular, para su conservación. Tejido celular que es el sostén nutricio del epitelio del revestimiento y que recibe desde el primer momento su abastecimiento vásculo nervioso, desde la base de los colgajos. La cicatrización en superficie permite además la neovascularización que procede de la profundidad, del mismo modo que en los injertos totales de piel. Esta reintegración anatómica post quirúrgica completa, es prácticamente suficiente para la vida regional, sin agresiones extraordinarias. Sin embargo es funcionalmente insuficiente, en sus mecanismos de defensa, como nos lo ha enseñado claramente la clínica: *meiopragia a los traumatismos, a la infección y a la radioterapia.*

Las erisipelas recidivantes regionales, inmediatas al acto operatorio, así como las de aparición tardía y retardada, o recidivantes, al través de los años, es un ejemplo sobre el cual hemos insistido con anterioridad. (1)

Casuística de enfermos seguidos durante años nos ha permitido comprobar esta eventualidad.

Cuti-inmunidad local disminuída, relacionada con la insuficiencia vascular y concomitantemente neuro-vegetativa residual, a la amplia mutilación quirúrgica. Omitimos las explicaciones que a forma de objeción fueron opuestas a nuestro concepto, dado que en este capítulo no hacemos controversia, sino que desarrollamos escuetamente nuestra tesis a base de hechos de observación.

En 1922 y años sucesivos, publicamos casuística en la que llamamos la atención sobre cancerizaciones agudas ya en zonas primitivamente irradiadas (1); ya en zonas primitivamente operatorias post amplios decolamientos de vaciamientos ganglionares e irradiadas posteriormente.

La cancerización inmediata y aguda, aparecida en forma nodular y confluyente y rápidamente ulcerada, nos enseñó un tipo de germinación neoplásica, cuya característica dominante fué la de estallar multicéntricamente, en forma contemporánea, en un sector topográfico preciso, *perfectamente limitado en su iniciación, al sector de piel decolado en la operación original.*

En segundo término, su característica fué la de su *evolución aguda y ultra rápida*, no habitual en el curso de los cánceres primitivos o en los casos en que la radiación no fué precedida por ningún decolamiento. En los casos que presentamos la duración máxima desde la iniciación hasta la muerte fué de tres meses y medio. Sólo en un caso en que procedimos a destruir reiteradamente y extensamente, mediante la electrocoagulación esas zonas afectadas, prolongamos la vida de la enferma, persiguiendo a las recidivas con la misma tenacidad con que ellas reaparecieron.

(1) La erisipela a repetición. Sociedad de Cirugía, 1939. Defensas cutáneas. Función neurovegetativa. Anales de la Facultad de Medicina. Tomo CXV, N° 1. 1940.

(1) Trofismo y cáncer 1922. Facultad de Medicina. Comunicaciones aisladas. Sociedad de Ginecología y Cirugía de Montevideo. Congreso del Centenario de Montevideo. 1930. El cáncer de las cicatrices y el de las Radiaciones, (su similitud). La erisipela tardía y recidivante en el post-operatorio del Cáncer del Seno.

No abrigamos dudas de la importancia que asignamos al hecho en cuestión. El subsuelo vital de la piel decolada es pobre. Su irrigación e inervación es precaria. Una agresión extraordinaria o intempestiva, puede comprometer el poder ya disminuído de sus medios de defensa. Y para nosotros es fundamental el consignar, que *las vías de suplencia colateral neurovegetativa* post operatorias, parecieran establecerse con un mayor retardo al observado en la suplencia vascular colateral. En otros capítulos hemos insistido sobre esta particularidad anátomo-fisiológica, no siendo extraño pues, el hecho apuntado. *Una vez más hablamos de la fisiopatología de la región cancerizable, que sobrepasa en importancia y por su interés, al de la propia célula neoplásica.* Este objetivo único y casi exclusivo de los ~~cáncer~~oncólogos y radioterapeutas pasa a nuestro juicio a un plano completamente secundario. Es ya una consecuencia de causas primeras que la determinan.

Conclusiones. — Nos es dado presentar un tipo de cancerización regional de características particulares, desarrollado en regiones que han sufrido amplios decolamientos — y se ha procedido luego a la irradiación — en unos casos en forma prematura, en otras en forma intempestiva.

Sus características se concretan: a) en la precocidad de aparición; b) en la germinación multifocal, pustulosa nodular primero, confluyente después; c) en su topografía regional, coincidente con la topografía del decolamiento operatorio.

Destacamos con los hechos presentados una característica no considerada por los radioterapeutas, en lo que se refiere al equilibrio *fisiológico de la región irradiada*. Este hecho sobre el cual insistimos desde hace 25 años — es a nuestro juicio importante — *define con su elocuencia una realidad.*

(Se proyectan varios diapositivos de casos relacionados con este tema, que se publicarán "in extenso" en otra publicación).

DISCUSIÓN

Prof. Prat. — El Prof. Stajano, como todos los cirujanos ha tenido la inquietud, en presencia de resultados terapéuticos que no le satisfacían con respecto al cáncer; ha recurrido al perfeccionamiento técnico-quirúrgico y de los otros medios terapéuticos particularmente de las radia-

ciones, para tratar de mejorar esos resultados y nos presenta una comunicación sobre algunos de los casos que él ha tratado.

Se refiere principalmente a la especialidad de Ginecología donde no tengo experiencia para opinar pero, el Dr. Stajano al final de su comunicación, ha manifestado una cosa que me interesa comentar. Es lo referente a las radiaciones de los neoplasmas de la vulva. Hablando así en general, podemos decir que hace muchos años que aquí en nuestro medio, se irradiaban los tumores malignos y los resultados han sido bastante deficientes, por no decir malos. Creo que hoy día, podemos estar convencidos de que las radiaciones no se hacían con una técnica perfecta y eso me atrevo a manifestarlo porque algunos de nuestros radioterapeutas me lo han manifestado al comentar los resultados deficientes obtenidos. Hemos visto algunos enfermos quemados por las radiaciones y en otros se produjeron casi desastres.

Considero que cuando hablamos de los resultados de la radioterapia, del año 1925 al 30, debemos poner un punto de interrogación sobre si esa radioterapia estaba bien hecha desde el punto de vista técnico. En la actualidad, decepcionado de los resultados en la terapéutica quirúrgica en los neoplasmas de mama, que considero uno de los más terribles, puesto que en mi estadística, honestamente realizada, posiblemente no pasa del 30 al 35 % de resultados curativos a los cinco años y mucho menos si las enfermas son jóvenes o en período de embarazo, donde el cáncer tiene una evolución extraordinariamente rápida y mortífera, que me ha preocupado particularmente y he tratado de ver si podía conseguir por otros medios de mejorar mi estadística.

La mayoría o la casi totalidad de mis casos, de neo de mama operados, no presentaban recidivas locales y esto permite suponer que la operación había sido correctamente hecha, pero los enfermos morían de metástasis a distancia.

Me impresionó enormemente una serie de trabajos presentados a la Sociedad del Cáncer de París, donde un grupo de cirujanos y radiólogos, comentaron los resultados del tratamiento del cáncer de la mama, por medio de la radioterapia pre y post operatoria. Las estadísticas que daban eran muy buenas: resultados de 40, 45 y 50 % de sobrevividas a los cinco años.

Entusiasmado por tales resultados he hecho tratar una serie de casos por esa técnica, pero no tengo la cantidad ni tampoco los resultados, como para darlos en este momento.

En general los casos que he tratado con esta terapéutica, parecen marchar bien; sin embargo, hay algunos que han recidivado ya. Al querer hacer esta técnica en nuestro medio he encontrado ciertos inconvenientes, pues se trataba de enfermos hospitalarios. Estos pacientes tienen que ser trasladados y tratados en los Institutos especializados donde se atienden estos enfermos y muy a menudo no se les vuelve a ver. Otras veces he comprobado quemaduras muy intensas y por lo general no he podido operar un caso de estos sino después de 2 a 3 meses de espera, para que

esa quemadura mejorara y estuviesen los tejidos en condiciones. Todo esto ha venido a establecer inconvenientes para la técnica que pensábamos realizar, de acuerdo con las directivas terapéuticas actuales.

En cambio, en la asistencia particular he podido tratar algunos casos con la radioterapia pre y post operatoria.

Me han impresionado mucho esas estadísticas de los autores de gran renombre mundial puesto que ellos declaran que han llegado hasta un 50 % de curación y es por eso que deseaba aplicar el método.

En cuanto a lo que nos dice el Dr. Stajano de los tejidos invadidos o adyacentes al neoplasma y que tienen que ser desprendidos; liberados y extirpados en gran parte; indudablemente que ellos quedan expuestos a la "quemadura" extraordinaria de la radioterapia y suelen ser invadidos por la linfangitis que está acechando a los tejidos debilitados y si queremos una comprobación de esta meliopraxia tisular, tenemos una evidente comprobación de esta fragilidad o debilitamiento, en los casos de neoplasma que tenemos que operar de las vías digestivas, particularmente del estómago y que si no tenemos el buen cuidado de hacer suturas con hilos no reabsorbibles, estos enfermos nos hacen eventraciones evisceraciones totales al poco tiempo. A veces, aunque se realice una sutura completa a los pocos días esa sutura se abre completamente. Esto nos plantea una indicación categórica en los neoplásicos, el tener que usar hilos no reabsorbibles en sus suturas, por esta falta de plasticidad que no les permite hacer cicatrices buenas y normales.

De los comentarios que he hecho quiere decir que en parte del problema que se plantea, me encuentro en desacuerdo con lo manifestado por el Dr. Stajano.

Me permito solicitarle al Dr. Stajano que trate de comprobar si las técnicas radioterápicas que se han empleado en sus enfermos, son las más perfectas y sobre todo que se cuide de no tomar muy en cuenta, resultados del año 1928 y hasta del 1935. Quizás muchos de los resultados obtenidos se deben a una radioterapia, imperfecta o mal hecha. Hay que comprobar si estaba técnicamente bien hecha y sobre todo, se debe investigar el inconveniente serio de por qué se queman tan frecuentemente los enfermos y nos obliga a quedar dos o tres meses en espera para poder operarlos.

Son estas sugerencias las que me permiten hacerle al Dr. Stajano, que tiene gran experiencia en esta terapéutica y con el gran material que posee, posiblemente nos pueda resolver nuestras dudas y darnos datos de mucha importancia.

Prof. Stajano. — Yo le agradezco al Dr. Prat que se haya ocupado de mi comunicación y en realidad yo no sé si he hecho bien en presentarla por cuanto por lo que veo, no se ha captado bien cuál ha sido su interés. Tenía el deseo de exponer estos hechos; que no solo configuran nociones de orden práctico, sino que concentran un gran problema de patología general tisular. No es una comunicación de resultados terapéuticos, de resultados de tal o cual técnica, sino que tiene una finalidad

desinteresada. Un problema de investigación relacionado con la vida de los tejidos y demuestra como el tejido ampliamente decolado, es más débil que el tejido vecino.

Los hechos que presento responden a técnicas hechas en 1924 y 1927, que era la técnica de acuerdo con la cual la escuela alemana pretendía destruir el cáncer destruyendo a la célula neoplásica. He aquí un concepto equivocado; como si el cáncer fuera una enfermedad puramente celular.

Toda nuestra orientación defiende un concepto en el cual se demuestra que la célula neoplásica no es todo el cáncer. Es la consecuencia de un tejido que la genera y la genera cuando pierde su fisiología normal: (inervación, vascularización, etc., en especial del sistema vegetativo).

Esta comunicación demuestra tan solo un saldo de esa época brutal de la radioterapia, en la cual los filtros, las distancias, las dosis eran de acuerdo con aquel momento. No deja por eso de ser ilustrativa y en ese sentido yo la traigo para ver como al irradiar los tejidos se producía una cancerización, de la misma manera que se obtiene la cancerización experimental de los animales con los rayos X. El cáncer se provoca con Rayos X, con arsénico, con tabaco, etc., por los agentes más variados. Y eso es lo que yo estoy trayendo, aportando documentos que configuran una doctrina y un concepto, que está o no equivocado, pero que representan un esfuerzo que por su coordinación y su volumen debe hacer meditar.

Bajo el punto de vista práctico y al margen de la comunicación en cuanto a las técnicas actuales, frente a un cáncer de seno diré que operamos a las técnicas actuales, frente a un cáncer de seno diré que operamos a un cáncer de seno porque no tenemos más remedio, pero en realidad operamos no sabiendo nada de lo que va a suceder, porque ni la Anatomía Patológica, el tamaño del tumor, la infiltración más o menos extensa nos da la pauta de que esos tumores van a marchar bien o mal y la marcha es a veces desesperante, y en manos nuestras como en la de los mejores cirujanos del mundo. No se mueren por recidivas locales, "in situ", se mueren por recidivas a distancia, en las cuales el territorio linfático no participa. Operamos y nos quedamos satisfechos del acto operatorio pero ese enfermo está germinando ya su embolia, de lo cual no hay método a mi juicio quirúrgico ni terapéutico por radiaciones que pueda evitarlo. La razón de ser no está en la extensión linfática sino en la extensión hemofílica que nos coloca en condiciones de impotencia frente al mal.

El pronóstico terrible en el cáncer del seno reside en la difusión precoz, a veces contemporánea — de células neoplásicas en el torrente sanguíneo — y prácticamente el 50 % de los cánceres que perdemos antes de los 5 años, son cánceres ya metastasiados, en la columna o en otros huesos — desde el momento de la pretendida precocidad y amplia operación de extirpación. ¿Acaso es la técnica operatoria, la Radiación pre o postoperatoria la que nos evitará esa colonización neoplásica preclínica en el cáncer del seno? No lo creo. Sin embargo, los cirujanos, siguen razonando con simpleza y modifican técnicas, incisiones, etc., creyendo así paliar un mal que no depende del acto quirúrgico, sino de la invasión precoz sanguínea de ese epiteloma tan cruel.