

prácticas infectantes que conducen a la fiebre puerperal, y finalmente, que los dilatados conceptos de la asepsia y de la antisepsia tienen una aplicación cotidiana en la vida del hombre, las onerosas campañas de la sanidad oficial no conducirán sino a resultados momentáneos, y la grande obra de la lucha contra la mortalidad evitable no representará nunca el cuerpo de doctrina, inmanente a nuestras costumbres de pueblo civilizado, que debería significar.

Por eso me parece una empresa de vastos horizontes la difusión de las más rudimentarias y de las más útiles nociones de la profilaxis, a la par que la propaganda constante a favor de la beligerancia exclusiva del profesional en todo lo que se relacione con conocimientos especializados. Y por eso considero necesario que la Dirección Departamental de Higiene, que de seguro estará animada de la mejor voluntad en este sentido, mantenga un *Boletín Sanitario*, que se publique semanalmente, en el que colaboren los médicos del Departamento, para que en lenguaje claro, sencillo y ajeno a todo tecnicismo, ilustren al público, con una dialéctica insinuante, sobre todas estas cuestiones fundamentales que se relacionan directamente con su salud y con su vida.

El programa de la higiene pública es, naturalmente, inagotable. Creo, sin embargo, haber hecho una ligera revisión de los más importantes problemas relacionados con ella, y mi esfuerzo quedaría compensado con creces si estas insinuaciones, hechas con un fervor apostólico que hace ya tiempo pasó de moda, encuentran algún eco en las altas esferas de la sanidad oficial.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS SARCOMAS DE LOS HUESOS LARGOS

Por el doctor POMPILIO MARTÍNEZ N. (de Bogotá).

(Trabajo presentado al cuarto Congreso Médico Nacional).

Entre los tumores que tienen su sitio de implantación en el esqueleto hemos tenido ocasión de observar numerosos casos de una variedad de tumores malignos que tienen un grande interés para el cirujano; nos referimos a los sarcomas de los huesos largos. En realidad, no solamente son interesantes desde el punto de vista clínico, sino más aún en lo que se refiere al tratamiento de estos tumores, pues las operaciones practicadas con el objeto de combatir estas lesiones se han multiplicado en estos últimos años de tal modo que no existe un tratamiento quirúrgico único que

sea aceptado sin restricción por todos los cirujanos. Es necesario, en cada caso particular, estudiar cuidadosamente las condiciones especiales del enfermo, sitio en que se ha desarrollado el tumor, volumen de éste, etc., antes de decidir qué intervención debemos practicar. Por nuestra parte, hemos recurrido unas veces a lo que se ha llamado tratamiento radical en estos casos, es decir, a la amputación o desarticulación; otras, al tratamiento conservador (extirpación simple del tumor, resecciones más o menos amplias, etc.), y son los resultados obtenidos en algunos de nuestros pacientes lo que deseamos poner su consideración de los miembros del Congreso.

La mayor parte de los casos que hemos observado se refieren a individuos de edad entre veinte y cuarenta años, pero hemos tenido dos casos en personas de más de cincuenta.

En un 80 por 100 de nuestras observaciones se trataba de individuos del sexo masculino, lo que confirma la observación general de que estos tumores son más frecuentes en el hombre que en la mujer.

En casi todos nuestros pacientes se encuentra como antecedente una contusión, de suerte que parece que la causa ocasional menos dudosa sea el traumatismo, que creando un lugar de menor resistencia determina la localización del tumor.

En cuanto al sitio de implantación de estos tumores, los casos que se nos han presentado confirman igualmente la observación general de que son más frecuentes en el miembro inferior que en el superior, y más frecuentes en las extremidades que en la parte media de los huesos. Las notas que poseemos de estos últimos años nos dan como sitio de implantación: cinco casos de la extremidad superior del fémur; tres de la extremidad superior del húmero; tres de la extremidad inferior del fémur; uno de la extremidad inferior del húmero, y uno de la parte media de la tibia.

Los sarcomas adquieren algunas veces un volumen tan considerable, que es verdaderamente monstruoso, lo que puede decirse que es la regla entre muchos enfermos de la clase pobre, porque la mayor parte de éstos no consulta al cirujano sino cuando ya es imposible intentar algún tratamiento quirúrgico.

Recordemos brevemente algunos de los caracteres generales de estos tumores.

Los osteosarcomas se dividen, desde el punto de vista anatomopatológico, en centrales o medulares y periféricos o periósticos, según que se desarrollan a expensas de las células de osificación medular o a expensas de las células de perióstica; los primeros están constituidos ordinariamen-

te por pequeñas células redondas, son los sarcomas globocelulares; los segundos, por pequeñas o grandes células fusiformes, son los sarcomas fusocelulares.

El sarcoma central presenta frecuentemente una concha ósea limitante, y es en esta forma como se señalan a veces las transformaciones quística y telangiectásica; es, por regla general, el sarcoma de las epífisis de los huesos largos y del tejido esponjoso de los huesos cortos.

El sarcoma perióstico existe al nivel de la diáfisis o de la región yuxtaepifisiaria; no está limitado sino por una cápsula fibrosa, y al seccionarlo se distinguen con frecuencia dos capas: la una profunda, adyacente al hueso, de consistencia más dura y a veces con incrustaciones calcáreas; la otra, superficial, de consistencia más blanda y propiamente sarcomatosa.

Es de notarse también que los osteosarcomas rara vez invaden la articulación vecina y que el cartílago articular les forma una barrera que rara vez franquean. Las fracturas espontáneas de los huesos al nivel de estos tumores no son excepcionales, y nosotros hemos tenido ocasión de observarlas en dos casos.

Al desarrollarse los sarcomas, los unos lo hacen bajo la forma de una tumefacción lateral, los otros engloban circularmente el eje del miembro dándole un aspecto fusiforme que se ha considerado como característico de estos neoplasmas. Ambos aspectos pueden observarse en los grabados que presentamos.

Por lo que hace a las partes blandas, lo más frecuente es que la rechacen simplemente, dejando surcos para el paso de los tendones, vasos y nervios; mas rara vez las invaden, y es excepcional que lleguen hasta la ulceración de la piel, lo que no se ve sino en los últimos períodos de su desarrollo.

Mencionemos, por último, algunos otros de los síntomas objetivos que presentan con más frecuencia los osteosarcomas. Son tumores de forma redondeada o más o menos boclada, que se adhieren fuertemente al hueso por su punto de implantación. Por la palpación se pueden apreciar signos físicos variables: en ocasiones es la fluctuación lo que indica la existencia de cavidades quísticas; en otras es una crepitación fina debida a la depresibilidad de las laminillas óseas que constituyen la concha limitante; ya en fin, se puede apreciar un movimiento de expansión, isócrono al pulso, en los tumores que han sufrido una importante transformación vascular. Los tegumentos pueden conservar su aspecto normal por algún tiempo, pero a la larga se espesan, se edematizan y se surcan de várices venosas. La elevación de la temperatura local es un signo importante y que rara vez falta.

No siempre es posible precisar el sitio de desarrollo del tumor, es decir, si se trata de un sarcoma central o perióstico. En general, un tumor rodeado de una concha ósea es de origen central; si es lateral y limitado, es un tumor del periostio. La radiografía, en un gran número de casos, no solamente puede establecer el diagnóstico de un osteosarcoma, sino también precisar su sitio de origen y sospechar por esto mismo su estructura histológica; los sarcomas centrales, tendiendo a abrirse paso a través de los trabéculas óseas hasta el periostio, se revelan a la radiografía por una destrucción considerable del tejido óseo visible; por el contrario, los sarcomas periósticos no interesan generalmente sino la periferia del hueso. Sin embargo, los datos suministrados por el examen radiográfico no son siempre absolutos; y si en la mayoría de los casos la imagen radiográfica de un osteosarcoma es característica, en otras el resultado es dudoso, sin que se pueda traer ninguna conclusión.

En el pronóstico de los osteosarcomas de los huesos largos varios factores intervienen en su apreciación; entre otros, su sitio, su grado de malignidad, la invasión de los tejidos vecinos, el momento de la intervención, etc. En los miembros son tanto más temibles cuanto más se aproximan al tronco. En general, se ha tratado de clasificar su malignidad teniendo en cuenta su estructura histológica; mientras más abundantes son los elementos embrionarios más grave es el neoplasma.

Los enfermos atacados de un osteosarcoma de los miembros pueden dividirse en dos categorías en lo que respecta al tratamiento: los operables y los no operables. Estos últimos son aquellos en que por el desarrollo y la antigüedad del tumor, la invasión de las partes vecinas, la caquexia extrema, su generalización, etc., no permiten pensar en una intervención curativa.

En cuanto a los tumores operables, la opinión dominante hasta hace algunos años era la de que jamás se debían practicar operaciones económicas en esta clase de tumores, de tal suerte que el sacrificio del miembro se imponía, una vez bien establecido el diagnóstico. Las divergencias de los cirujanos se referían más bien al hecho de si se debía amputar en la continuidad o desarticular; y la mayor parte aceptaban que todas las veces que la operación era posible, se debía preferir la amputación en la contigüidad, que ponía al enfermo más al abrigo de una reproducción por la medula ósea, siempre de temer en la amputación en la continuidad. Así, en el miembro superior, se recurría de preferencia a la desarticulación del hombro o a la desarticulación interescapulotorácica, si se trataba de sarcomas del húmero; a la desarticulación del codo para los sarcomas

del radio o del cúbito. En el miembro inferior, teniendo en cuenta la extrema gravedad de la desarticulación de la cadera, se practicaba más comúnmente la amputación del muslo en los casos de tumores de la extremidad inferior del fémur, reservando la desarticulación de la cadera para los sarcomas de la extremidad superior; en los tumores de la tibia se practicaba la desarticulación de la rodilla o la amputación del muslo en la continuidad. Por lo demás, tratándose de operaciones mutilantes, en los casos dudosos, el cirujano no procederá a una amputación sino después de haberse asegurado, por una exploración directa de los tejidos enfermos, que en realidad se trata de un sarcoma.

En el año de 1909 practicámos una desarticulación interescapulotorácica (y creemos que era la primera practicada en Bogotá), en un individuo que llegó a nuestro servicio de clínica quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios con un osteosarcoma de la extremidad superior del húmero. No obstante la enorme mutilación, de la cual era de esperar un resultado durable, este individuo volvió a la clínica diez meses después de operado con una reproducción pleuropulmonar, de la cual sucumbió.

Como otros ejemplos de operaciones radicales podemos presentar las siguientes: el caso de un enorme sarcoma central de la extremidad inferior del fémur, y en el cual se practicó la amputación del muslo en la continuidad; otro caso en que se trataba de un sarcoma de la parte media de la tibia, en el que se practicó la desarticulación de la rodilla; por último, un sarcoma de la extremidad inferior del húmero, que terminó con la amputación del brazo. En estos enfermos el resultado operatorio inmediato fue satisfactorio, pero desgraciadamente no hemos podido obtener datos del resultado lejano, a pesar de tener cuatro y seis años de operados; acaso el hecho de que no hayan vuelto a la clínica haga presumir que no haya tenido lugar una reproducción.

La tendencia de ciertos cirujanos, sobre todo en Alemania, a reaccionar contra esta regla absoluta de la cirugía radical, nos ha inducido también a nosotros a practicar operaciones económicas en algunos casos que nos han parecido favorables para estas intervenciones, principalmente en los sarcomas periósticos: se trataba de un sarcoma perióstico de la extremidad inferior del fémur, y de un sarcoma, también perióstico, de la extremidad superior del húmero. En ambos casos hemos practicado resecciones periostiales de estos tumores, con conservación del miembro, y hemos quedado satisfechos del resultado operatorio inmediato, pero son enfermos que no hemos podido seguir sino pocos meses después, para poder sacar conclusiones definitivas desde el punto de vista de su reproducción o de su generalización.

De todos modos, los hechos establecidos por muchos cirujanos tienden a hacer admitir que los sarcomas de los huesos largos son susceptibles de una curación durable, por simples resecciones óseas o periostiales, con tal que éstas sean bastante extendidas y que el tumor no haya invadido las partes blandas que lo rodean.

Entre las razones invocadas por ellos en apoyo del tratamiento conservador, las principales podrían resumirse así: la imposibilidad de prever exactamente cuál será la evolución benigna o maligna de un sarcoma, aun basándose sobre el examen histológico; el hecho de que el neoplasma rechaza las partes blandas vecinas más bien que las invade o las infiltra, permaneciendo limitado en sus primeros períodos; la facilidad más grande para que una operación precoz sea aceptada por el enfermo cuando ella no es mutilante; por último, el que los resultados obtenidos con las operaciones económicas pueden ventajosamente ser comparados a los de las operaciones radicales, puesto que en éstas también se ha observado la reproducción hasta en un 80 por 100 de los casos.

Las indicaciones de esta cirugía conservadora se han ensanchado en estos últimos años con la práctica de las trasplantaciones óseas, que permiten, en casos de resecciones muy extendidas, restablecer la continuidad de la palanca ósea por un segmento de hueso sacado al mismo individuo o a otro individuo de la misma especie.

A una operación de este género, con el objeto de reconstituir la mitad superior del húmero con ayuda del peroné del mismo enfermo, se refiere la observación que nos permitimos relatar brevemente, no sólo por juzgarla interesante en sí, sino también para llamar la atención de nuestros cirujanos sobre los injertos óseos, ramo de la cirugía que hoy ha tomado grande incremento y que está por implantar entre nosotros.

Por nuestra parte creemos que hemos sido los primeros en iniciar en Bogotá las trasplantaciones óseas, no solamente en este caso, sino en el mal de Pot, el tumor blanco de la rodilla, fracturas, etc., observaciones que corren publicadas en la tesis de doctorado de nuestro discípulo el distinguido médico doctor Abel Echeverri.

En el caso en cuestión se trataba de una mujer de treinta y cuatro años de edad que hacía remontar el principio de su afección actual a ocho meses antes. En sus antecedentes acusaba varios traumatismos de la región enferma. Al examinarla se notaba en la región del hombro derecho una tumefacción bastante considerable, tumefacción que englobaba circularmente la extremidad superior del húmero, formando cuerpo con él; de consistencia firme,

poco sensible a la presión directa, pero presentaba en esa región dolores espontáneos, bastante agudos en los últimos meses. Los movimientos de la articulación del hombro, aunque un poco impedidos a causa del dolor, se efectuaban con relativa facilidad. Algunas pequeñas várices venosas surcaban la piel. Una radiografía de la región permitió confirmar el diagnóstico de osteosarcoma de la extremidad superior del húmero, que ya se había hecho por los datos de la clínica.

Con este diagnóstico y en presencia de una paciente que rehusaba rotundamente toda operación mutilante, tuvimos la idea de reemplazar la extremidad superior del húmero con una porción del peroné del mismo enfermo, teniendo en cuenta casos análogos de Rovsing, Borelius y otros cirujanos.

Una incisión horizontal que contorneaba el acromio, combinada con una incisión longitudinal a lo largo del borde externo del brazo, permitió penetrar ampliamente en la articulación, aislar cuidadosamente el tumor de sus conexiones vasculares y nerviosas, disecar el húmero teniendo el cuidado de dejar intacto el periostio y seccionar con la sierra este hueso un poco por debajo de su parte media, en tejido que parecía perfectamente sano. Con una compresa, empapada en suero fisiológico caliente, se tapó la herida, mientras se procedía a la preparación del injerto.

Por una incisión longitudinal en la pierna derecha de la enferma se abrió la articulación tibioperoneal superior, se disecó el peroné dejándole parte de sus inserciones musculares y se seccionó de este hueso una porción igual en longitud a la que estaba destinada a reemplazar.

La extremidad inferior de este fragmento, tallada en punta, fue introducida en el canal medular del húmero conservado; y la cabeza del peroné, que reemplazaba la cabeza humeral, fue fijada por algunos puntos de sutura con catgut a los restos de la cápsula articular y de las inserciones musculares, de modo de mantenerla en contacto con la cavidad glenoide del omoplato. Se suturaron en varios planos las partes blandas y se mantuvo el brazo en inmovilidad con un vendaje apropiado.

Como accidentes postoperatorios debemos mencionar que la enferma tuvo del cuarto al quinto día una reacción febril bastante intensa, lo que hizo necesario descubrir la herida y quitar algunos puntos de sutura superficiales para dar salida al pus que se formó debajo de la piel. Establecido el drenaje, la supuración fue disminuyendo poco a poco, y las fístulas que se formaron desaparecieron al cabo de tres o cuatro semanas.

Tres meses después de la operación se podían practicar en la enferma algunos movimientos pasivos al nivel de la articulación operada, y sin grandes dificultades se servía en parte de su brazo. La estática de su pierna derecha no pareció sufrir en nada con la resección del peroné. La enferma abandonó el hospital en este estado, y aun cuando suponemos que el funcionamiento del miembro haya mejorado con el tiempo, no nos ha sido posible obtener después ningún dato sobre este caso interesante.

CONCLUSIONES

No obstante no haber podido seguir nuestros enfermos durante un tiempo suficientemente largo después de operados para poder sacar conclusiones definitivas, las impresiones que nos ha dejado nuestra práctica particular pudiéramos resumirlas así:

La amputación, como tratamiento quirúrgico único en los osteosarcomas de los miembros, sería una regla demasiado absoluta, pues con frecuencia las operaciones económicas dan resultados bastante comparables a los del llamado tratamiento radical.

La amputación o desarticulación parece necesaria en los tumores blandos, de marcha rápida, en las formas vasculares, y en los que han invadido los tejidos vecinos y la piel.

El tratamiento conservador es sobre todo importante tratándose del miembro superior, pues la conservación de las funciones de la mano es de grande utilidad para el paciente, lo que no pasa para el miembro inferior, pues un miembro demasiado corto o muy poco sólido tiene los graves inconvenientes que todos conocemos.

En muchos casos de sarcoma de los miembros los injertos óseos podrán encontrar útiles indicaciones.



GOTA DE LECHE Y SALA-CUNA EN MEDELLIN

Por el doctor MIGUEL ARANGO M. (de Barranquilla).

(Trabajo presentado al cuarto Congreso Nacional de Medicina, reunido en la ciudad de Tunja).

«Que el niño tenga una cuna,
la mujer un asilo y el obrero
un hogar. — JULES SIMON.»

Justamente alarmadas por la gran mortalidad infantil, las autoridades de Medellín apoyadas por la sociedad y guiadas por su ilustrado Cuerpo médico, han establecido la