

LARINGECTOMIA

SUS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES *

Por el doctor Arcadio Forero, Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

Médico agregado al servicio de Oto-Rino-Laringología del Hospital Rawson de Buenos Aires.

Tengo el gusto de presentar a mis distinguidos colegas un enfermo operado de laringectomía total hace más de medio año, cuyo estado satisfactorio podrán apreciar con la observación del paciente mismo.

Un caso más de laringectomía llevada a cabo en un paciente en buenas condiciones de operabilidad, efectuada con algún esmero y con cuidadosa asistencia post-operatoria, sin asomo de recidiva después de seis meses, no agrega nada a la abundantísima literatura sobre cáncer de la laringe. Nada podría agregar mi modesta práctica sobre el particular; pero quiero recalcar sobre un punto que no por ya bastante martillado pierde su importancia y sobre el cual sí nos trae visible enseñanza el caso que presento: la importancia de un diagnóstico precoz y la necesidad de la biopsia, cualesquiera sean las dificultades que el caso presente para conseguirla.

Entretendré también la atención de los colegas con algunas consideraciones sobre la puntualización de las indicaciones de las tres intervenciones quirúrgicas principales que se suelen efectuar en el tratamiento del cáncer de la laringe, y traeré de paso la cuestión del radium y de los rayos X en tal tratamiento.

La historia clínica del enfermo en cuestión está resumida en los siguientes datos:

Cecilio H., de 42 años de edad, casado, empleado estibador de cajones en una casa importadora de maquinarias agrícolas, domiciliado en esta Capital.

* Trabajo presentado a la Sociedad de Oto-Rino-Laringología de Buenos Aires. (Año 1930).

El padre falleció no sabe de qué enfermedad. Todos sus parientes consanguíneos, residentes en Europa, disfrutaban al decir de él de buena salud.

Recuerda haber tenido sarampión cuando niño; a los 26 o 27 años tuvo una especie de papiloma en el glande. Hace seis años sufrió una afección cutánea facial que califica de eczema. Ha sido fumador (uno a dos paquetes por día); no ha tenido hábitos alcohólicos.

Hace unos tres años que la voz se le puso ronca; dice él que este hecho empezó al tomar un gran vaso de leche fría. Desde entonces su voz no ha sido más normal. Unos dos meses más tarde consultó en un Hospital, en donde fue intentada una biopsia sin resultado, por gran reflejo faríngeo; se le hicieron entonces análisis de esputos y de sangre, con resultados negativos. Hace unos tres meses notó que empezaba a formarse una tumefacción en la parte inferior del cuello, ligeramente dolorosa a la presión. Vino al Servicio Laringológico del Hospital Rawson a principios de abril del presente año de 1930 y encontré en él una neoformación de la laringe, sobre la cuerda vocal derecha, no muy grande, en forma de una banda anteroposterior, que pasaba ligeramente de la comisura anterior; de superficie ligeramente bosalada, de coloración roja grisácea. La cuerda izquierda ligeramente rosada, móvil, no estaba tomada por el tumor. No fue posible tomar una partícula para análisis por la misma circunstancia con que habían tropezado en la otra ocasión. Regresó en los primeros días de mayo y el día 7 del mismo, pude, previa bromuración y con paciente cocainización, hacer por laringoscopia directa (Haslinger) una buena toma, que enviada al Instituto de Medicina Experimental, resultó ser, según el dictamen, que sabemos agradecer, del Dr. Angel Roffo, de un *carcinoma pavimentoso metatípico*.

El estado del enfermo por esos días era el siguiente: aspecto general satisfactorio, aun cuando ha habido un descenso en el peso, que es de 64 kgrs. Hay pérdida del apetito, pero no disfagia. Disfonía, sin fatiga permanente ni paroxística. A más del umor endolaríngeo, cuyo aspecto es el mismo ya descrito, se nota en el cuello, sobre parte inferior de cartílago tiroides, un tumor de superficie redondeada, de diámetro transversal de unos 5½ cms. por 4 en el sentido vertical, un poco más extendido a la derecha que a la izquierda. Esta tumefacción es algo sensible a la presión, no adherente a tejidos superficiales. Hay un ganglio yugular muy pequeño, a la derecha. El dictamen del clínico respecto de corazón y pulmones fue satisfactorio. El análisis de orina no dio elementos anormales. En vista de que el tumor endolaríngeo había pasado ya de la línea media hacia adelante y alcanzaba el aritenoides hacia atrás y había ya vencido la resistencia del tiroides haciéndose extralaríngeo, se determinó hacer la laringectomía total.

Operación (mayo 22): Con la colaboración de mis distinguidos colegas doctores Humberto Bianculli y Fernando Games, procedí a la ex-

tirpación del órgano enfermo, bajo anestesia local. Emplé la anestesia prevertebral de plexo cervical, por la vía lateral directa, la anestesia regional de nervios laríngeos superiores, la infiltración local y la anestesia de la tráquea por instilación a través de membrana cricotiroidea. Se siguió el procedimiento francés de Perier, con conservación de músculos en el colgajo y extirpación de abajo a arriba. El istmo del cuerpo tiroides fue seccionado entre ligaduras. El cartilago tiroides presentaba una considerable perforación. Un poco de dispnea durante las maniobras operatorias obligó a hacer la traqueotomía fuera de regla. Ningún tiempo revistió por lo demás mayor dificultad. Se hizo sutura transversal de mucosa faríngea y vertical de tejidos profundos y de músculos, al catgut; sutura traqueocutánea con seda y afronte cutáneo con agrafes de Michel. No se intentó la búsqueda del ganglio yugular por ser muy pequeño y por encontrarse el paciente un tanto fatigado y con pulso hipotenso. Se empleó la cánula de Lombard que tiene la ventaja de aislar en parte la herida del traqueostoma de la cutánea. En el primer día se inyectaron al operado 500 c.c. de suero, caféina y aceite alcanforado. El tubo esofágiano fue conservado por varios días. La temperatura tuvo un ascenso los dos primeros días, llegando el segundo a 39°; fuera de esos días y de 38 alcanzados al sexto día, se mantuvo entre 36 y 3 décimas y 37. Se conservó siempre una atmósfera húmeda y tibia en la cámara del enfermo y se renovaron las curaciones con la asiduidad del caso, en lo cual fui eficazmente ayudado por el cabo del Servicio. Sobrevino, como es tan frecuente, esfacele de la herida a nivel del traqueostoma, pero de poca extensión. La herida cutánea cierra por primera intención, excepto una pequeña fistulización en su parte media, que dura muy poco. En cambio, se establece un trayecto fistuloso profundo que de arriba viene a abrirse en la parte superior del traqueostoma, dando al principio saliva y después mucopus; más tarde salía de él a la compresión profunda, pus espeso, que fue disminuyendo, hasta que a la salida del enfermo del Hospital, el 16 de julio, había desaparecido. Ocho días más tarde reanudaba nuestro operado sus trabajos cotidianos. Enviado al Instituto de Medicina Experimental para mejor asegurar el resultado operatorio, se le han hecho hasta ahora seis aplicaciones de rayos X: dos en el mes de julio, dos en septiembre y dos en fechas 14 y 21 de noviembre, estando citado para otra el 29. El peso del enfermo que era al operarse de 64 kgrs., remontó en julio a 68, en agosto a 73 y en octubre a 73½. Aun cuando últimamente ha tenido una merma de 2½ kgrs., dice que no siente turbación ninguna, asevera que siempre pierde tres o cuatro kgrs. en verano y atribuye también esta pérdida actual a exceso extraordinario de labor en los dos últimos meses, con motivo del cambio de depósitos de la casa en que trabaja. *

* Este enfermo fue presentado nuevamente en septiembre de 1932, sin asomo ninguno de recidiva.

Como pueden observar los colegas, nuestro laringectomizado ofrece un aspecto general muy bueno; la herida traqueo-cutánea no presenta más particularidad que una cicatriz en su parte inferior, reveladora del esfacele. El pequeño ganglio yugular que existía antes de la operación no es perceptible ahora. Tiene finalmente nuestro historiado una fonación faríngea que le permite hacerse entender en parte por persona que esté acostumbrada a escucharlo, fonación que perfecciona más cada día.

El enfermo consultó dos meses después de iniciada su disfonía; ya para entonces presentaba alguna tumoración, puesto que se intentó una toma para análisis. Si se hubiera procurado obtenerla tan insistentemente como era de rigor, no se hubiera llegado, muy probablemente, al extremo de la mutilación de la laringectomía. Los análisis de esputos y de sangre excluyeron en parte el diagnóstico de lesión bacilar o luética. Posiblemente el enfermo no atendió la indicación que le haría el facultativo de prestarse para nuevas intentonas de biopsia, se ahuyentó del hospital y volvió ya en condiciones en que era imposible la conservación de alguna parte de su laringe.

En los casos de neoformación de laringe, en que queda la sospecha de un carcinoma, no se debe omitir el examen histopatológico. Ni un Wassermann positivo ni la presencia del bacilo de Koch pueden convencernos de la ausencia de un cáncer que la clínica nos muestra como posible.

Siegmund Srebrny, de Varsovia, (*Monatsschrift fuer Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie*, abril, de 1925), insiste mucho sobre la necesidad del examen histológico en estas ocasiones y menciona el caso de un paciente que presentaba un tumorcito endolaríngeo de aspecto de tal manera benigno que el jefe del sanatorio en que se hospitalizaba le reprochó el que hubiera hecho toma para biopsia; pues bien, el resultado del análisis fue el de sarcoma.

El médico debe poner todos los medios a su alcance para convencer al paciente de la necesidad de un examen microscópico. En los servicios hospitalarios sería aún el caso de internarlo en seguida para el examen, a fin de evitarle las consecuencias que su incuria podría acarrearle.

La herida de la pequeña escisión hecha para el microscopio cicatriza en lo general sin consecuencias. En algunos casos provoca, sin embargo, un botonamiento feraz; el facultativo podría evitar el recelo que esta remota probabilidad pudiera ocasionarle, siguiendo el consejo de Neumann de preguntar al paciente o a sus allegados, si en el caso de que el tumor se presentara maligno se dejaría operar sin vacilaciones. Podría igualmente, según la indicación de Regaud, hacer preceder la toma, de una aplicación de rayos.

Debemos cuidarnos contra los errores de diagnóstico dados por la biopsia: es verdad que estos errores eran más frecuentes anteriormente que en la actualidad y que son excepcionales en un especialista avezado;

pero estas equivocaciones pueden provenir de una toma efectuada muy superficialmente en un tumor un poco profundo, o hechas en excrescencias que se forman encima del tejido carcinomatoso, recibíendose entonces generalmente el dictamen de papiloma.

“En todos los casos, dice el citado Srebrny, en que el resultado del examen microscópico no concuerde con los síntomas clínicos de cáncer sospechoso, o también en aquellos en que la localización del neoplasma no permite una biopsia, está autorizada la laringofisura. La intervención, que se puede hacer con anestesia local, no será más peligrosa que una laparotomía exploradora, que en cambio se hace con mucha más frecuencia. Igual comparación hace también Semon”.

La importancia de la precocidad del diagnóstico del cáncer de la laringe estriba en el hecho de que tal afección es perfectamente dominable por la cirugía cuando se le ataca oportunamente y sin comprometer la función respiratoria y aun la vocal.

Los poderes públicos, los médicos clínicos, los laringólogos, todos debemos colaborar para que el descubrimiento precoz del cáncer laríngeo se haga posible y el espectro de la laringectomía total se ahuyente más y más cada día. Los primeros enseñando al público, junto con tantos otros rudimentos básicos de la profilaxis, por medio de conferencias y de carteles murales en todos los lugares apropiados, la necesidad de recurrir a las clínicas laringológicas cuando una ronquera se prolongue más de tres semanas. Los médicos no especializados, no perdiendo tiempo en casos dudosos con exámenes clínicos insuficientes o con tratamiento paliativos de resultado lamentable, sino enviando en seguida al paciente al laringólogo. Este, en fin, preconizando en forma inaplazable la biopsia y la intervención al menor plazo posible.

El cáncer intrínseco de la laringe, es entre los cánceres de órganos internos, aquel contra el cual podemos obrar quirúrgicamente con mejor resultado; pero para alcanzar esto es necesario el diagnóstico temprano. Aquel tumor permanece por tiempo más o menos largo limitado al interior de la laringe, primero por disposición especial de dos linfáticos de este órgano, luego porque su carapacho cartilaginoso presenta fuerte resistencia a ser invadido por la neoformación cancerosa, mientras las proyecciones piógenas secundarias no lo hagan vulnerable a su penetración. Esta localización circunscripta es especialmente notable para los carcinomas de cuerda, y es en ellos en donde podemos obtener el resultado ideal de su extirpación, con conservación casi completa de la laringe y mantenimiento de la función respiratoria nasal y de la fonación.

Pero es sólo en los casos en que el cáncer tiene una extensión limitada a las cuerdas; que no alcanza hacia adelante a la línea media; que no ha interesado el aritenoides; que no ha invadido los ventrículos; que no ha alcanzado hacia afuera al cartílago, y en que la cuerda conserva

aún su movilidad, es sólo en esos casos, pues, en los que mediante una laringofisura se puede extirpar completamente y por tejido sano el neoplasma, sin interesar en nada el esqueleto cartilaginoso.

Una buena técnica ha dado a Sir Saint Clair Thomson curación durable en 76% de los casos. Oigamos lo que dice respecto del “modus operandi”: “La laringofisura no consiste simplemente, como se ha dicho, en la escisión de la cuerda después de la incisión de la laringe. Un procedimiento tan poco quirúrgico y tan incompleto para una afección como el cáncer no podría dar lugar a resultados satisfactorios”. Su técnica es la de una laringectomía parcial. “Se trata casi, agrega, de una hemilaringectomía completa, pero efectuada por vía interna. Después de incisión de la laringe, en el sentido de su longitud, una lámina lateral de cartilago tiroide es reclinada y todo el tejido blando sobre su cara interna, resecao desde su pericondrio interno hasta la mucosa glótica, del reborde ventricular al espacio subglótico, y de la comisura anterior hacia adelante hasta la apófisis vocal del cartilago aritenoides inclusive”.

Y sobre la estabilidad de los resultados obtenidos se expresa así: “Es inútil encender de nuevo antiguas e inútiles discusiones que tienen por objeto establecer cuánto tiempo después de la operación se puede considerar como permanente la curación del cáncer.

“Aparte de algunas excepciones, todos los enfermos han alcanzado la edad media de la vida o son de una edad avanzada. Asegurar una existencia con la palabra y un estado de bienestar durante diez años a doce personas que tienen más de 47 y hasta 60 años; operar hombres de 79 y 80 años y proporcionarles cinco años de vigor y de salud consecutiva; devolver a su vocación a médicos, hombres de leyes, pastores y maestros de escuela; todo esto constituyen razones suficientes para reclamar curaciones permanentes, gracias al método que tenemos en consideración”. (“Annales des maladies de l’Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx”. Nov. 1929).

Los carcinomas de la epiglotis limitados a su cara anterior o posterior, sin que alcancen a su base, se pueden curar también con extirpación simple de tal apéndice.

Ha inmovilizado ya el neoplasma la cuerda vocal; ha invadido el ventrículo o el aritenoides, o se ha propagado un poco hacia el cricoide, entonces hay que llevar a cabo una escisión más considerable; ya efectuando la hemilaringectomía clásica, aconsejada por algunos autores, o mejor la laringectomía económica de Sebilleau, o laringectomía parcial preconizada, entre otros, por Canuyt.

El examen laringológico indirecto y aun directo no da una idea cabal de la extensión de la lesión ni en superficie ni en profundidad. Con razón dice, pues, Sebilleau: “Toda laringectomía debe comenzar por laringofisura de exploración”.

Después de esta exposición a cielo abierto de la lesión y escindien-

do siempre por tejido sano, decorticación interior de la laringe, erradicando completamente toda la parte enferma, inclusive las partes de cartilago que puedan estar interesadas. Es la resección "a pedido de las lesiones". Con estas intervenciones se conserva muchas veces la función fonatoria y la respiratoria, por lo menos una ventilación suficiente al buen funcionamiento de las fosas nasales.

Pero en los casos en que los progresos de la enfermedad sean más considerables; en que el examen clínico muestra que la lesión ha pasado de la línea media, bien en comisura anterior o en región interaritenoides, que ha asomado al vestibulo laríngeo, ha invadido la región cricoidea, ha perforado el esqueleto cartilaginoso, ha invadido los ganglios; en los casos en que el análisis histopatológico ha mostrado una estructura glandular, cánceres éstos de especial poder de propagación, en los cuales la experiencia ha demostrado un resultado de operaciones parciales tan poco alentador; en los casos, en fin, de invasión secundaria, en que el tumor se ha propagado de base de epiglotis, de faringe, de ganglios laríngeos, de cuerpo tiroides al interior del órgano fonador, aun cuando la parte interesada de éste no sea muy considerable; en todos esos casos, no queda más recurso que el sacrificio del mismo.

Al considerar esta última indicación, dada por algunos autores, no se debe dejar de contemplar la posibilidad de una extirpación total de neoplasma que, de la faringe o del cricoides ha invadido la laringe, mediante faringotomía y resección apenas parcial de esta última.

Antes de entrar a considerar la cuestión de la operabilidad de los tumores laríngeos de considerable desarrollo, quiero mencionar una indicación más de operaciones laríngeas digna de estudio. Contra el parecer de la mayoría de los cirujanos laringólogos, han intentado Th. Gluck y J. Soerensen, mediante intervenciones conservativas o radicales, el tratamiento de la tuberculosis laríngea con resultados muy alentadores. Han seleccionado los casos, absteniéndose de operar aquellos enfermos que por un estado general precario, la extensión de su lesión tuberculosa pulmonar, bronquitis febriles o complicaciones pleurales, no daban margen a fundadas esperanzas con una intervención. Hasta el año 1922 llevaban 34 casos operados: 7 con traqueotomía, 5 de laringofisura, 2 de hemilaringectomía y 20 de laringectomía total. Según su experiencia, las intervenciones en laringe de tuberculosos no revisten la gravedad que se les ha atribuído. Han efectuado la traqueotomía en casos en que el proceso se encontraba en la parte superior de la mucosa, sin lesiones profundas, en los cuales se podía esperar por el reposo prolongado del órgano, una curación. La laringofisura en los casos de marcha más crónica, con formación de infiltrados y tumoraciones papilares, o cuando las cicatrices estrechaban la luz de la laringe. Hacen en estos casos una completa excenteración de la laringe y cubren inmediatamente con un gran colgajo cutáneo, para evitar la reinfección de la herida.

La hemilaringectomía la han llevado a cabo en lesiones unilaterales, tumorales y necróticas. La extirpación total en lesiones extensas y profundas, en los procesos progresivos de pericondritis y necrosis cartilaginosas, y en que la disfagia hace imposible la nutrición del enfermo.

Veamos los resultados obtenidos con sus intervenciones: solamente un enfermo ha fallecido a consecuencia de la operación; fue uno de los laringectomizados, en el cual la herida se tuberculizó y la afección pulmonar se agravó rápidamente. En cuanto a los 19 restantes, en cuatro de ellos se calmó la tuberculosis pulmonar en tal forma, que se pueden considerar como curados después de doce, cuatro y medio, cuatro y tres años; otros tres sobrevivieron a la operación más de dos años, falleciendo más tarde el uno de lesión pulmonar y los otros dos de tuberculosis intestinal; los doce restantes murieron en el transcurso del primer año, de lesión pulmonar, traqueal o de otros órganos. Con la hemilaringectomía han sobrevivido los dos enfermos, 17 y 9 años, respectivamente. De los cinco de laringofisura, vivían todavía tres, después de 14, 11 y 8 años. De los siete traqueotomizados, uno curó del todo; en tres, la lesión laríngea se curó, pero la pulmonar se los llevó después de dos años, un año y tres meses y medio año; tres estaban aún en tratamiento en camino de curación. Ha habido, pues, una curación durable de once de estos casos, observándose en algunos de ellos mejoría del estado pulmonar. Si se observa que en todos ellos los tratamientos locales y generales seguidos no habían influenciado la marcha de la enfermedad y que estaban condenados a una temprana muerte, se puede concluir, según los autores, que estos resultados son ciertamente alentadores y darían derecho a intentar en casos seleccionados el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis de la laringe.

Y volviendo ahora a la cuestión de la operabilidad de los tumores de la laringe o de la limitación de la indicación operatoria, diremos que, independientemente de factores relativos al paciente, que consideraremos adelante, es asunto subordinado de una parte al origen y extensión del neoplasma y de otra al entrenamiento, acometividad y arresto del operador.

Creemos que se debe intervenir todo neoplasma en que se tengan bastantes probabilidades de poder llegar a una erradicación total de tejidos afectados y en que el cirujano, después de detenido examen y conveniente preparación, contemple la posibilidad de llegar a tal fin. Si este principio se observara con rigor, las estadísticas de recidivas serían menos sombrías.

Anteriormente se consideraban como inoperables todos los tumores de laringe que habían pasado los límites de dicho órgano y los que habían alcanzado la faringe; los que habían perforado el esqueleto cartilaginoso; los que habían producido tumores linfáticos secundarios. Véase, por ejemplo, la opinión de Lombard ante el Congreso de Laringolo-

gía de París en el año 1914: “Tan luego como se pueden observar ganglios enfermos, está excluída toda operación para la curación”. Se consideraban como muy grandes los peligros de la operación y las probabilidades de la recidiva.

Los perfeccionamientos de la técnica operatoria y de la que rige la aplicación de los rayos X y del radium después del acto quirúrgico, hacen que cada día se sea más intervencionista.

Para algunos operadores como Gluck y Soerensen, “la extensión del tumor será rara vez tan grande que no sea permitido a la técnica moderna su extirpación por tejido sano”. “En dos casos, dicen, se puede considerar el tumor como inoperable: 1º, cuando ha invadido: laringe, faringe, esófago y partes blandas vecinas, de manera que forme una masa tumoral con órganos del cuello, músculos y piel; 2º, cuando el tumor mismo o los ganglios carcinomatosos se extienden a los dos lados de manera que se haga necesaria la extirpación de las dos venas yugulares o las carótidas”. Pero esta es la opinión de cirujanos tan prácticos en estas intervenciones, que han llegado a extirpar toda la lengua, la laringe y un gran paquete de ganglios con la vena yugular, en un hombre de 70 años, con conservación de la vida del paciente.

Las metástasis del carcinoma en pulmón u otros órganos del cuerpo deben considerarse en lo general como contraindicaciones para intervenir.

La invasión de ganglios periesofagianos, según Chevalier Jackson, aun cuando sean cervicales, contraindican la operación. Aquel ilustre especialista americano ha puesto su extraordinaria maestría en el uso del esofagoscopio al servicio de la selección de los casos inoperables por extensión de la enfermedad a los ganglios cervicales inferiores o a los mediastinales. El mismo medio diagnóstico le ha servido para conocer la propagación al tabique traqueoesofagiano, habiéndole enseñado su práctica que cuando los dos primeros anillos traqueales están tomados, lo están igualmente los ganglios del mediastino y es, por consiguiente, inútil la laringectomía.

La naturaleza misma del tumor tiene su importancia respecto de la determinación del cirujano. Los de estructura glandular, los más de los cuales han tenido su origen en receso faringolaríngeo, tienen más tendencias a la infiltración profunda y son menos propicios para una intervención.

Y vengamos ahora a los factores personales del enfermo: afecciones locales bucales o nasales, como piorrea alveolodentaria, supuraciones sinusales, son una contraindicación.

La edad avanzada en una constitución general satisfactoria, no contraindica la operación. Los operadores alemanes mencionados han tenido buen éxito en pacientes de 70 a 76 años. Se han abstenido, sí, en los de más edad.

La diabetes que no cede al tratamiento adecuado, constituye una contraindicación formal. Aun en los períodos de calma de los síntomas, si bien la anestesia local hace menos peligrosa la intervención, puede suceder que la herida presente gangrena o que el enfermo muera en coma o por infección.

En la nefritis con gran edema o hidropesía, es mejor abstenerse. Pequeños grumos de albúmina no contraindican la operación. No la contraindica tampoco una afección cardíaca bien compensada. Dará lugar a vacilaciones una antigua miocarditis o una arterioesclerosis avanzada.

La situación del aparato broncopulmonar no es muy satisfactoria en lo general en los enfermos que se presentan para laringectomía; bronquitis consecutiva a la estenosis laríngea, rigidez torácica debida a la edad avanzada del enfermo o enfisema, que impiden la expulsión de secreciones y predisponen a broncopneumonía hipostática, hacen el pronóstico un tanto reservado; lo mismo sucede con la tuberculosis un poco avanzada.

La lúes, cuando no está en un período de gran actividad, no será un inconveniente para decidir la intervención; se debe, naturalmente, instituir un tratamiento previo si hubiere alguna tenue manifestación actual.

El alcoholismo, un debilitamiento general considerable, serán motivo de abstención.

Sin práctica ninguna respecto de las perspectivas que pueda presentar el acto operatorio en enfermos que han sido anteriormente sometidos a tratamientos por los rayos X o el radium, nos limitaremos a referirnos a lo que la experiencia ha enseñado a los autores citados Gluck y Soerensen. Las operaciones han sido un poco dificultadas por la transformación del tejido celular en un tejido de aspecto cicatricial, pobre en vasos; pero los resultados han sido buenos. En dos casos, sin embargo, que habían sido sometidos a radiaciones intensas, las suturas se han desprendido, las heridas no han tenido tendencia a cicatrizar, las ligaduras de los gruesos vasos cayeron y se produjeron hemorragias a las cuales sucumbieron.

En cuanto a la radio y radiumterapia en el tratamiento del cáncer de la laringe, mi opinión es la siguiente: aun cuando la técnica radiológica moderna haya eliminado casi por completo el peligro de la radionecrosis cartilaginosa y que el radium encuentre en el órgano de la fonación sitio muy apropiado para sus aplicaciones, y aun cuando se registren casos que no se puede menos de considerarlos como curados y que efectivamente haya formas de carcinomas de una radiosensibilidad indiscutible, creo que los tumores que están aún al alcance del cirujano deben ser intervenidos sin dilación y que los operados deben ser enviados luego al radiólogo para asegurar más el resultado favorable del tratamiento. La radioterapia profunda complementaria, en concepto de Canuyt, esteriliza la herida faríngea, destruyendo las células cancerosas

que han podido escapar al bisturí. (“Archives Internationales de Laryngologie”. Dic. 1929).

Me referiré, para terminar, a la utilidad que nos puede prestar el cuchillo a alta frecuencia en las intervenciones endolaríngicas limitadas, previa laringofisura. Hemostasis perfecta de la herida, seguridad de destrucción a nivel de los límites del tumor, sin peligro de siembra de gérmenes, tales son ventajas apreciables que le reconoce Worms, quien considera además, que su acción no es tan peligrosa para el cartílago como se piensa. (“Annales des maladies de l’Oreille, etc.” Agosto de 1930).

