

por lo que es importantísimo conocer el rendimiento de la máquina electrostática que se maneje, cuando se aplica el *soplo*, y sólo la práctica podrá enseñar bien la fuerza de la efluviación directa, que debe hacerse conveniente distancia para que no salten chispas, variando la distancia a que se aplique según la región. En ningún caso debe ser molesta esta aplicación. No obstante si se tiene la oportunidad de tratar un eczema extenso, confluyente, en el período eritema-edematoso, debe emplearse la efluviación con cierta violencia, pudiéndose hacer dos sesiones en un mismo día. Procediendo así, los he visto abortar más de una vez.

Cuando se use el tubo condensador debe ser débil para las regiones delicadas e irritables, y fuerte para las demás. Después de la sesión debe quedar un cierto escozor en toda la extensión de la piel tratada.

Cuando se use el tubo condensador debe ser débil para las regiones delicadas e irritables, y fuerte para las demás. Después de la sesión debe quedar un cierto escozor en toda la extensión de la piel tratada.

Y en todas estas aplicaciones el estudio de estas reacciones y la persistencia del efecto obtenido han de ser la guía respecto a la frecuencia de sesiones.

Y por fin se me figura que en los casos de etiología obscura no debemos preocuparnos grandemente del concepto nosológico del eczema, y debemos admitir que todas estas aplicaciones locales tienen una acción general (en realidad, en todas ellas la electricidad se extiende a todo el cuerpo) en el sentido de encauzar la expulsión de toxinas, o de regular las funciones digestivas, o el funcionamiento de las glándulas endocrinas o de levantar la vitalidad del terreno.

Y para terminar lo relativo al eczema quiero hacerme cargo de unas consideraciones de Brock (op. cit.), en las que después de hacer constar que no se siente tan optimista como el doctor Bisserie; dice no obstante es preciso reconocer una real eficacia en ciertos eczemas muy pruriginosos de brotes bruscos y rápidos, que se observan en los neuro-artríticos.

Y nótese la parsimonia que este maestro de la dermatología usaba, para determinarse a usar este precioso agente. Dice más adelante: «Para algunos de estos enfermos después de haber inútilmente ensayado todas las medicaciones conocidas, les he exigido su traslado al campo; y allí con el reposo completo y un régimen de los más severos, he obtenido rápidas mejorías. En algunos de entre ellos que no podían ir al campo o bien en aquellos que el campo no les había dado resultado alguno he ensayado la electricidad estática y yo he visto muy ciertamente bajo su influencia, disminuir el prurito, los brotes hacerse menos frecuentes y aun desaparecer».

Ese reparo, ese cuidado, en que el enfermo no tenga que recurrir a la electricidad, agotando antes todos los recursos por costosos que sean, todavía son compartidos por muchos de nuestros colegas, que a pesar de contemplar las maravillas que la electricidad produce en sus múltiples manifestaciones, no se han tomado la molestia de asomarse al interior de nuestro organismo, para ver cómo no hay función ni acto alguno interno que no vaya ligado a este poderoso agente.

L. CIRERA

Sesión científica del día 31 de enero de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

## De la curabilidad operatoria del cáncer, fundada en el conocimiento de su patogenia y del estado precanceroso.

COMUNICACIÓN DEL DOCTOR CARDENAL

SEÑORES:

Ante todo he de comenzar mi breve exposición, o como queráis llamarla, manifestándoos el motivo que me ha impulsado a ocupar la atención de la Real Academia sobre este tema.

Las ideas, demostradamente erróneas, que sobre el cáncer profesa todo el público en general y una parte muy considerable del cuerpo médico, hace que crea necesario contribuir a la difusión de los conceptos más indispensables para que unos y otros tengan una idea clara, concreta y bien definida de lo que es el cáncer y, si es posible, de lo que constituye el estado precanceroso.

Ello resulta de una importancia inmensa e inmediata para la práctica, ya que, en mi concepto, el cáncer, tal como se presenta la mayor parte de las veces en nuestros Consultorios, es incurable de un modo definitivo y permanente, mientras que *el estado precanceroso es siempre, o casi siempre, curable*.

Es perfectamente cierto que a pesar de todos los trabajos llevados a cabo en estos últimos tiempos por reputados experimentadores y por eminentes clínicos, seguimos desconociendo por completo la *etiología* del cáncer, es decir, el elemento causal específico, primitivo y necesario, si es que existe, del desarrollo del proceso canceroso; pero aunque lo conociéramos, y aun suponiendo que fuera de naturaleza orgánica o parasitaria (1), nos avanzaría poco o nada para la curación de los cancerosos, dado el número de condiciones indispensables para su germinación y desarrollo, como nos pasa con una porción de agentes microbianos, esencial y específicamente patógenos, a pesar de cuyo conocimiento no podemos evitar sus estragos, porque no poseemos al mismo tiempo un elemento antagónico o remedio específico de seguros resultados, lo cual nos falta todavía en absoluto para todos y llevamos camino de que siga faltándonos por mucho tiempo, si no siempre.

Desconocemos, pues, es cierto, la verdadera *etiología* del cáncer... pero conocemos lo suficientemente su *patogenia* y su *biología patológica*, es decir muchas de las condiciones de su desarrollo, su anatomía y su evolución citológica, para poder formarnos una idea cabal y prácticamente útil del mismo.

El cáncer es anatómico-patológicamente *una hiperplasia atípica (neoplasia) del tejido epitelial, que, saliéndose de los límites de su crecimiento fisiológico, regular e hígido, invade, penetra y substituye, destruyéndolos, los tejidos inmediatos, principalmente conjuntivos, y cuyos elementos anatómicos constitutivos, la célula epitelial cancerosa, transportados a distancia por la circulación linfática o sanguínea, o hasta artificialmente trasplantados, son perfectamente aptos para implantarse en regiones remotas del organismo y capaces de reproducir en ellas procesos idénticos al de su localización o foco originario.*

El cáncer es siempre, *en sus principios, una hiperplasia de epitelios preexistentes*, y el llamado y tan discutido cáncer primitivo del tejido conjuntivo es así mismo una hiperplasia atípica del endotelio de los espacios linfáticos o vasculares. Puede además existir, como base histogenética del cáncer, una inclusión fetal de epitelio embrionario, según la antigua concepción de Conheim; pero *no es indispensable esa inclusión para su desarrollo.*

El cáncer es, pues, una *afección puramente local en su origen*, no es en manera alguna la manifestación exterior de un estado humoral preexistente o de una discrasia previa, como sostenían los antiguos y como todavía se empeñan en seguir creyendo muchos de nuestros colegas fosilizados. No es una eflorescencia que viene de DENTRO a FUERA del organismo enfermo, no, sino una enfermedad *esencialmente local en su principio* y que sólo secundariamente se hace *infectante y tóxica, de FUERA A DENTRO*. Este es el primer concepto positivo, que debe tratarse de incrustar, como un dogma, en el cerebro del público y de los médicos.

No existe, pues, una *herencia humoral cancerosa*, como no existe la familia cancerosa en ese sentido, ni el contagio canceroso necesario, sino *condiciones orgánicas, congénitas*, que permiten o hacen posible su desarrollo, condiciones que pueden indudablemente transmitirse por herencia, como se transmite el genio, como se transmite la tendencia o aptitud a morir de apoplejía a los sesenta años después del nacimiento, por ejemplo... y *condiciones adquiridas*, muchas de ellas perfectamente apreciables y conocidas y sobre las cuales volveremos, al ocuparnos de la profilaxia y del tratamiento del cáncer.

ANATOMÍA Y BIOLOGÍA DEL CÁNCER. Poseemos una base o conocimiento histogenético del desarrollo del carcinoma en algunos órganos glandulares (mama, parótida, próstata) que nos permiten

(1) Hace algunos años, la teoría parasitaria de los tumores malignos creyó hallar una base científica en el descubrimiento, en el interior de algunas neoformaciones epiteliales, de elementos figurados que tenían alguna semejanza con las coccidias: fueron varios los observadores que creyeron poder afirmar la presencia constante, en los tumores epiteliales, de protozoarios parásitos.

Algunos experimentadores llegaron a conseguir la inculcación de tumores malignos de un animal a otro de la misma y hasta de diferente especie (Hanau, Morau, Jensen, Borrel, etc., etc.), pero pronto pudo apreciarse que lo que se obtenía en esas experiencias no era una *infección*, sino un *injerto*, verdaderos cultivos celulares (cáncer del ratón: experimentos de Loeb, Jensen, Haaland, etc.) de partículas vivas trasplantadas.

Así han pasado a la historia las coccidias de Neisser, las halladas por Davier, Malassez y Wickham en la *porospermia olicularis* y en la *enfermedad del mamelon de Paget*, las descritas también como coccideas por ALBARRÁN en ciertos tumores del maxilar, el *micrococcus neoformans* de Doyen, etc. Todavía en el momento actual existe cierta tendencia a admitir el origen parasitario del primer impulso de la proliferación cancerosa, y muy recientemente Lumière ha publicado un interesante artículo, comentado por Hartmann, inspirado en esa idea, pero sin pretender todavía hallarse en posesión de datos suficientes para sostenerla (a).

(a) Bxsson: «Technique microbiologique et sérotherapique», 1914, pág. 815.

LUMIERE: «L'Avenir médical», 1920, núms. 109, 110 y 111 y 1919, núms. 102, 103 y 104.

HANSEMAN: Eulenburg: «Real Encyclopedie», vol. III, pág. 116.

suponer, con perfecta lógica, que pueden y deben hacerse extensivos a otros órganos y a todos los cánceres epiteliales; y así resulta que los estudios realizados por Mac Carty sobre el carcinoma mamario pueden calcarse en sus resultados sobre los obtenidos sobre el cáncer de la próstata y sobre los epitelomas cutáneos de que va a ocuparse en seguida nuestro excelente colega el doctor Peyrí.

Los estudios citados demuestran que las células cancerosas del cáncer mamario son las *descendientes directas* e inmediatas de las células no diferenciadas del estrato germinativo del ácini de la glándula normal. No es, pues, necesaria la preexistencia de un resto embriológico de inclusión epitelial, como ya hemos dicho antes, para la aparición de un epiteloma en una glándula cualquiera.

En el desarrollo de ese proceso epitelial en el ácini de la glándula mamaria, podemos seguir paso a paso su evolución hasta llegar a lo que constituye su degeneración atípica, el cáncer, y diferenciar perfectamente lo que podríamos llamar *estado precanceroso*, todavía limitado, y por consiguiente curable, del cáncer confirmado, siempre difusivo y por consiguiente amenazante de recidiva por diseminación, y *difícilmente curable* de un modo definitivo y radical.

Es, pues, preciso que aprendamos a conocer ese paso gradual del estado pre-canceroso al cáncer confirmado (1).

Existen, en efecto, tres períodos en el desarrollo del cáncer mamario (que podemos tomar como tipo para nuestro estudio por ser el más asequible tanto histológica como clínicamente), correspondientes a otras tantas formas anatómicas:

Un primer período de *hiperplasia epitelial primaria*, enteramente benigno y que corresponde a la simple hipertrofia glandular y al adenoma benigno.

Un segundo período de *hiperplasia epitelial secundaria*, de benignidad más o menos dudosa, pero no definitivamente maligno todavía, que constituye el *estado precanceroso*.

Un tercer período de *hiperplasia epitelial terciaria*, esencialmente infectante, migratoria e infiltrante (tóxica), que constituye el cáncer.

Tratemos ahora de formarnos una idea clara y precisa de cada uno de estos tres períodos (2).

En la *hiperplasia epitelial primaria* las células epiteliales que revisten en una sola capa la cara interna del ácini normal (fig. 1.<sup>a</sup> A), proliferan hacia el interior de dicho ácini, pero de un modo regular y ordenado todavía, se hipertrofian, se alargan y adquieren el aspecto de la fig. 1.<sup>a</sup> B, que puede progresar o permanecer estacionario, constituyendo entonces el adenoma simple, *no maligno*.

En la *hiperplasia epitelial secundaria*, esas mismas células, por un trabajo de proliferación mucho más activo y exagerado, se multiplican y reproducen hasta llenar por completo la luz del ácini, desprendidas ya de su capa de basamento e irregularmente distribuidas en todo él, pero sin llegar a destruir por infiltración ni por erosión la membrana que forma el armazón de dicho ácini, y manteniéndose por consiguiente todavía limitadas y contenidas dentro de su cavidad, como se ve en la fig. 2.<sup>a</sup>

En la *hiperplasia epitelial terciaria*, las células epiteliales de nueva formación no se mantienen ya dentro de la cavidad del ácini, sino que rompiendo su membrana limitante, se desparraman a su alrededor, invadiendo el tejido conjuntivo intersticial de la glándula (fig. 3.<sup>a</sup>), substituyéndose a él y avanzando por los demás tejidos inmediatos, sean de la naturaleza que quiera, hasta infiltrar toda la región, trasladándose luego por las vías sanguíneas, y más preferentemente por las linfáticas, a regiones distantes, donde se implantan y reproducen, dando lugar al desarrollo en ellas de nuevos focos me-

(1) Aunque en realidad, en el concepto puramente clínico general debería considerarse como cáncer también el *sarcoma*, por ser ambas neoplasias de malignidad y de curso muy análogo o semejante, no puedo ocuparme aquí más que del verdadero *cáncer epitelial* originado en los epitelios preexistentes (archiblastoma) y no del *sarcoma*, que, como todos sabéis, es de origen dermoide o conjuntivo (parablastoma), y por no hallarme todavía en el caso de poder reconocer en él un período o estado pre-maligno, equivalente o análogo al estado precanceroso de los epitelomas. Sin embargo, muchos de los conceptos clínicos adquiridos para el cáncer, en cuanto a su patogenia y formas de desarrollo, pueden resultar aplicables al *sarcoma*, con sólo variar el factor *edad*, ya que, aunque con algunas raras excepciones, el cáncer es propio de las edades avanzadas y el *sarcoma*, por el contrario, de las juveniles.

La llamada *anaplasia* por *Hansemann*, o sea la diferenciación y autónoma perpetuidad de las células cancerosas (*selbständigheit*) existe también en el *sarcoma* aunque en un grado más remiso y limitado, y por eso se han visto verdaderos *sarcomas* retroceder y cesar en su desarrollo, lo cual no ha sido nunca bien confirmado para el verdadero *cáncer epitelial*, existiendo poderosas razones para tener por sospechosos de procesos inflamatorios los casos publicados en que se ha creído haber observado aquella regresión espontánea del cáncer (b).

(b) *Hansemann*: loc. cit., pág. 139.

(2) La mayoría de los datos histológicos en que se funda este estudio provienen originariamente de los trabajos de *William Carpenter Mac Carty* (c) publicados en las Clínicas de los hermanos Mayo, de Rochester, principalmente en el tomo VI del año 1914, pero muchas de esas investigaciones histológicas las he comprobado por mí mismo y puede hacerlo fácilmente cualquiera, tomando como campo fácil de observación preparaciones histopatológicas de las mamas extirpadas quirúrgicamente.

Inútil me parece insistir en que la mayor parte de las figuras que acompañan e ilustran este trabajo son esquemáticas, con el objeto de hacer más clara y comprensible la idea extremando la claridad de las preparaciones. Nada más fácil que comprobar la exactitud de los conceptos comparando esos esquemas con las preparaciones naturales de mamas en vías de evolución cancerosa.

(c) *Collected Papers of the Mayo Clinic*. Vol. VI, 1914.

tasfásicos, de naturaleza enteramente idéntica a la del foco primitivo. Más tarde esos nuevos focos metastásicos, como el mismo foco primitivo, dan lugar a su vez a la formación de toxinas que invaden todo el organismo y le colocan en condiciones de defensa cada vez más defectuosas.

La evolución y significación de esos tres periodos es enteramente idéntica o por lo menos del todo análoga en las glándulas sebáceas, en la próstata, en las glándulas tubulares del intestino y del estómago (fig. 4.<sup>a</sup>) y desplegando en superficie el área del ácini, se representan idénticamente en la piel. Todavía esa representación resulta más gráfica en la piel, pues mientras en ella el crecimiento hipertrofico de las papilas con la hiperplasia epitelial primaria del epitelio que las cubre, creciendo *hacia fuera* no constituye más que una simple verruga o un papiloma benigno (fig. 5.<sup>a</sup>); la hiperplasia secundaria del epitelio del cuerpo de Malpighio, la hipertrofia de los espacios interpapilares *hacia la profundidad*, constituye ya el estado pre-canceroso (fig. 6.<sup>a</sup> A) y el crecimiento atípico y desordenado hacia la profundidad del dermis, de dicho cuerpo epitelial o capa germinativa, invadiendo e infiltrando el tejido conjuntivo subyacente, constituye el epitelicoma o cáncer de la piel (fig. 6.<sup>a</sup> B).

El proceso es, pues, como se ve, esencialmente idéntico para todas esas formaciones epiteliales, para ir a parar al cáncer.

Ahora bien: la lógica apoyada en esos hechos científicos y plenamente confirmada por la experiencia, nos dice que eliminando siempre y a tiempo el foco de hiperplasia secundaria que constituye el estado precanceroso local, evitaremos el desarrollo del cáncer definitivo y curaremos al enfermo.

¿Tenemos a nuestra disposición medios prácticos para realizar ese desiderátum, reconociendo en tiempo hábil el estado precanceroso, en el cual podemos, con nuestra intervención activa, curar a nuestros enfermos? En muchos casos por lo menos hoy, y quizá mañana en todos, podemos contestar por la afirmativa.

En efecto, a cada uno de esos tres periodos descritos del desarrollo del proceso epitelial, corresponde, en la clínica, un síndrome bastante distinto y en general lo suficientemente apreciable para poder hacer aplicación práctica de las enseñanzas que de su estudio se desprenden.

El primer periodo corresponde a la aparición, y muchas veces persistencia inocua durante largos años, de esos nódulos intramamarios que observamos frecuentemente en jovencitas apenas púberes o en mujeres jóvenes y nulíparas. No ofrecen gravedad ninguna: pueden, sin embargo, ser un paso adelantado para el desarrollo ulterior, en edades más avanzadas o en épocas puerperales, etc., de nuevas y más activas proliferaciones epiteliales que conduzcan al cáncer. Merecen, pues, ser tenidos en consideración y observados durante años, a veces, para sorprender a tiempo, caso que se presente, la evolución hacia el segundo periodo.

El segundo periodo corresponde exactamente a lo que nosotros queremos que se considere como estado *pre-canceroso*. Es lo que se presenta clínicamente como un proceso de evolución perfectamente apreciable, aunque lento, tras un estado puerperal o sin él en algunas mujeres jóvenes, y *siempre que en una mujer, alrededor de la menopausia, aparece un nódulo aislado* o un engrosamiento difuso de la mama; o se activa el crecimiento de un antiguo adenoma, sin síntomas inflamatorios de infección piogénica y con escasos o nulos sufrimientos.

El tercer periodo corresponde a todas esas enfermas con cáncer clínicamente confirmado, ulcerado o no y al cual esperan casi la totalidad de los médicos para aconsejar la operación, periodo de infiltración perfectamente apreciable clínicamente; las más de las veces con una repercusión ya apreciable también en los ganglios del cantón correspondiente y muchas con verdaderos síntomas de intoxicación incipiente manifestada por enflaquecimiento y estigmas de vejez prematura, etc.

Veamos ahora lo que puede darnos de útil el estudio de su patogenia para la profilaxis y el tratamiento del cáncer, desde el punto de vista clínico.

Ya hemos dicho al comenzar nuestra exposición que hoy hemos de confesar que desconocemos por completo el agente productor específico del cáncer, si es que existe. Pero ¿nos hace mucha falta ese conocimiento para las aplicaciones prácticas de nuestra profilaxis y de nuestra terapéutica? ¿Evitamos o curamos muchos más casos de escarlatina desde que sabemos que son producidos por un estreptococo? ¿Nos ha servido de mucho el conocimiento del estafilococo como agente causal, para prevenir o curar la osteomielitis? ¡Indudablemente que no!

Porque aun dada la existencia del germen conocido, lo que nos importa más conocer es *por qué, cómo, cuándo y en qué condiciones* prende y se desarrolla en el sujeto A y no produce efecto ninguno en el sujeto B, tal vez convivente y sometido a condiciones aparentemente análogas a las del primero. Lo que nos demuestra que es en el sujeto en el que hemos de estudiar principalmente esas condiciones que permiten, favorecen o hacen posible el desarrollo del cáncer, del cual se hallan indudablemente indómitos tantos miles de individuos!

También ignoramos todavía, es cierto, qué clase de modificaciones son las que alteran en el organismo normal el metabolismo de sus elementos celulares y los ponen en aptitud para el desarrollo

de una neoplasia cancerosa maligna; pero es indudable también que la pura observación nos suministra una porción de datos, en ese sentido, de aplicación práctica utilísima.

Sabemos, en primer lugar, que la primera aparición y desarrollo del cáncer se halla siempre o casi siempre precedida de *irritaciones locales de poca intensidad, pero repetidas en el mismo sitio* (1), y por consiguiente que se desarrolla y aparece de un modo preferente en los puntos o regiones sometidas a esas irritaciones repetidas: aberturas naturales (ano, boca, vulva, etc.) o en puntos de estancamiento o frecuente retención de materiales irritantes (ciego, S. iliaca, piloro) o sometidos a pequeños y repetidos traumatismos (manos, abdomen de las indias de Casimir, boca de las mujeres de Ceilán que hacen uso del *buyó*, etc., etc.) (2).

Sabemos que ciertas anomalías o defectos congénitos (verrugas, nevos, lunares) ofrecen ya un adelanto favorable al desarrollo del cáncer, lo mismo que ciertos procesos hiperplásicos adquiridos, como la leucoplasia o psoriasis bucal, etc.

Todos estos datos, obtenidos y depurados por las más rigurosa observación, son de suma importancia; pero por encima de todos ellos se imponen los resultados de la observación en lo tocante a la edad, ¿Cómo es posible ni confundir un momento, en este concepto, la naturaleza de un adenoma o fibroadenoma de la mama de una jovencita de 15 a 18 años, con un nódulo que aparece entre los 35 y los 45 años y que con seguridad demuestra la experiencia que se convierte en un tumor maligno en los alrededores de la menopausia? ¿Cómo comparar una erosión o grieta blanda del labio de un niño linfático con una grieta persistente y dura, aparecida en el labio y tal vez junto a una antigua verruga, en un sujeto de 50 años?

¿Qué espera el médico que contemporiza y pierde el tiempo ante una de esas manifestaciones del estado precanceroso? ¿Qué maná cree que va a caer del cielo en forma de factor histológico para hacer desaparecer aquel nódulo intramamario o aquel infarto difuso de la menopausia, que no es otra cosa que la hiperplasia primaria, precursora segura e inmediata en esos casos y condiciones de la secundaria y poco después de la terciaria? Esos nódulos intraglandulares pueden y suelen permanecer durante meses y años de las edades juveniles, la experiencia nos lo enseña cada día, enteramente inocuos o estacionarios, en el estado de hiperplasia epitelial primaria; pero cuando al llegar el sujeto a la menopausia se inician por primera vez o presentan el menor signo de agudización o de crecimiento evolutivo, los ya existentes, aunque sean enteramente indoloros, es que han pasado al período de hiperplasia secundaria, es que se hallan en estado precanceroso y que a no tardar van a pasar al de verdadero cáncer o de hiperplasia epitelial terciaria. NO SE DUDE NI UN INSTANTE: elimínense todos esos focos a tiempo, y si en un centenar de ellos resultara que se han operado diez, quince, veinte, que tal vez no hubiera llegado al estado terciario, de verdadera canceración, no se habrá causado mal ninguno a esos quince o veinte sujetos y en cambio se habrá salvado la vida y los más crueles sufrimientos a los ochenta o noventa restantes del centenar! Ese es el período en que deben operarse TODAS las mamas que se presentan a nuestra observación; sobre todo en mujeres menopáusicas, y dejando de operar en cambio sistemáticamente, por la inutilidad definitiva de la operación, todas o la casi totalidad de las que vienen a nuestros consultorios en período de plena eflorescencia cancerosa, con infiltración de los tejidos, sin límite ninguno apreciable que nos permita asegurar donde acaba esa infiltración, y hasta qué punto

(1) No puede decirse lo mismo respecto al sarcoma, del cual la experiencia nos enseña que es más bien a consecuencia de un traumatismo único y de cierta intensidad (fractura, fuerte contusión, etc.), y tras un espacio de tiempo más o menos próximo o remoto, como aparece en muchas ocasiones o se inicia el desarrollo del sarcoma, lo cual tiene fundamento histogenético en la naturaleza misma conjuntiva del sarcoma, que puede tomar su origen en un coágulo sanguíneo o en un exudado capaz de organizarse y convertirse en tejido conjuntivo o cicatricial, del mismo grupo embriogénico que la citada neoplasia sarcomatosa.

(2) Hay pocas observaciones tan sólidamente establecidas, dice *Bland-Sutton*, como la tendencia que ofrece el cáncer a desarrollarse en tejidos ya lesionados o enfermos: las úlceras crónicas producidas por quemaduras tienen notable tendencia a convertirse en asiento de cánceres de células pavimentosas y este hecho ha sido confirmado por *Neve* en el Mission Hospital de Kashmir, donde dicho autor da cuenta de 4902 tumores extirpados durante dos años. Entre 1189 de esos tumores clasificados de carcinomas, 848 se presentaron en los muslos y en el abdomen (localización rarísima en nuestros países europeos). Esa frecuencia es realmente única, y como lo hace notar *Neve*, se debe a la típica cesta portátil de fuego (o *Kangri*) que usan los habitantes de Cachemira y que consiste en una pequeña vasija de loza con carbón encendido que se lleva metida en una cestita especial suspendida a la cintura y debajo de los vestidos, por los indígenas, para conservar el calor en las colinas de dicho país, extremadamente frías (a).

Lo mismo puede decirse respecto al cáncer de la boca observado en Madras por *Neblock* (b). De 976 carcinomas tratados en aquel Hospital de 1892 a 1901, 411 o sea cerca del 50 % estaban localizados en la boca de individuos que hacen un uso constante del *buyó*, también usado por los indígenas de Filipinas, que conocen con ese nombre las hojas y frutos de *betel* que tienen la costumbre de mascar y llevar casi permanentemente dentro de la boca, pegado al carrillo. Podríamos centuplicar las observaciones de ese género, que demuestran de una manera indiscutible la importancia esencial de las pequeñas irritaciones sostenidas en la patogenia del cáncer.

(a) *Neve*, E. F. One cause of cancer as illustrated by epithelioma in Kashmir. Brit. med. Journ., 1910, n.º 589. Citado por *Bland-Sutton*, en: Cirugía de Keen, tom. VI, pág. 127.

(b) *Neblock*: Indian med. Gaz., April 1902, 161. Citado por William Mayo en *The Mayo Clinic*, 1914, vol. VI, página 650.

se halla ya infectado o intoxicado el resto del organismo por las toxinas emanadas del foco canceroso primitivo o de los focos metastásicos tal vez todavía inaccesibles a nuestra observación directa.

¿No será un resultado brillante y enormemente superior de la terapéutica la salvación de esas ochenta o noventa personas operadas a tiempo y cuando sus defensas orgánicas se hallan todavía íntegras o poco menos, que el que se obtiene con esas operaciones formidables y mutilantes, seguidas casi siempre, por no decir siempre, de una recidiva más o menos próxima y de una caquexia a la cual ha contribuido muchas veces la misma intervención por verificarse en un organismo privado ya de la mayor parte de sus defensas naturales?

¡Esos principios son los que hay que inculcar y dejar bien grabados en la inteligencia de médicos y profanos!

**PROCRASTINATIO.** En efecto, ya lo dije repetidas veces el genial Murphy: la enfermedad, o en sentido recto el criterio que mata más pacientes, es lo que él calificó de *procrastinatio*, el dejar o ir dejando las cosas para mañana. Porque la experiencia ha demostrado también que una *operación precoz*, aun insuficiente, da mejores resultados que una operación extensa y mutilante, con pretensiones de completa, pero *tardía*, probablemente por la razón enunciada, por la disminución o abolición completa de las defensas orgánicas, principalmente del tejido conjuntivo, que en buenas condiciones es capaz de ayudar nuestra intervención terapéutica y de ahogar restos insignificantes de elementos epiteliales tal vez dejados en los tejidos, si se libra al organismo de la amenaza mayor y progresiva del foco o focos cancerosos (1).

Pero hay más todavía en el terreno puramente práctico y social, y es que esas operaciones tardías, mutilantes y que sólo pueden aceptarse como *paliativas*, tienen el inconveniente de contribuir poderosamente al descrédito de la Cirugía y aumentan el escepticismo terapéutico en el público y entre la clase médica misma, hacen también que se alejen y no acepten la intervención operatoria a tiempo muchos enfermos perfectamente curables con ella, que han tenido ocasión de observar la inutilidad de la intervención en otros casos cuya gravedad no se hallan en circunstancias de poder justipreciar.

Todo lo que se diga es poco sobre el estado de verdadera aberración en que se halla la inteligencia de algunos, de muchos, médicos, sobre este asunto. Yo podría citar el caso de un muy querido colega que, afecto de un cáncer incipiente del recto, no rechazaba en principio la intervención, quizá salvadora entonces, sino que decía que ya se haría operar cuando se sintiera peor o muy mal! ¿Cabe absurdo mayor dadas nuestras ideas, que creemos justas, sobre el cáncer? Pues como ese podría citar infinidad de ejemplos más o menos funestos. Todos los esfuerzos han de tender por consiguiente a apreciar lo más pronto posible ese estado precanceroso de las neoplasias, lleno de promesas, y a evitar la maduración o el desarrollo final de los cánceres inoperables.

**MEDIOS DE DEFENSA DEL ORGANISMO,** contra el cáncer. No hay duda que el organismo humano posee medios de defensa, naturales unos y adquiridos otros, contra toda invasión o infección patológica; pero sucumbe casi siempre abandonado a sí mismo contra el proceso canceroso: hay, pues, que ayudarle si ha de quedar alguna vez vencedor en esa lucha. Las alteraciones del metabolismo celular que conducen al cáncer primitivo, o a la canceración de procesos preexistentes, puede depender de modificaciones de ciertas secreciones internas, debilitadas o abolidas por estados especiales, tales como la menopausia, el puerperio y sobre todo *la edad*.

¿Pueden ciertas formas de seroterapia aumentar esas defensas, regulando las secreciones alteradas, o modificando la energía antitriptica del suero sanguíneo? Hoy por hoy he de confesar que lo ignoro, o por lo menos que no creo hallarme en condiciones y con elementos suficientes para poder afirmarlo. Al porvenir está reservado tal vez llegar a conseguirlo (2).

No quiero tampoco ocuparme aquí, no habría siquiera tiempo para ello, de los interesantísimos trabajos de experimentación realizados en ratas, ratones y monos, de los cuales lo único que conviene dejar sentado es que cabe la existencia natural o la obtención artificial, de estados, razas o sujetos aislados, dotados de un cierto grado de inmunidad contra la inoculación y el desarrollo del cáncer y que, en el hombre, parece poder afirmarse que el proceso canceroso halla mejor base de desarrollo en sujetos y órganos sobrealimentados e hipernutridos que en los deficientes e hipovasculares.

De todo lo expuesto resulta, no me cansaré de repetirlo, que a lo que deben tender sobre todo nuestros esfuerzos, en el momento histórico actual, es a descubrir y justipreciar lo más pronto posible el *estado precanceroso*. Ya hemos visto que, en la gran mayoría de casos, podemos apreciar perfectamente la existencia de aquella fase de la hiperplasia epitelial en las glándulas externas y regiones accesibles

(1) Véase sobre el particular la conferencia del doctor *Harvey R. Gaylord* en las clínicas de *Murphy* (vol. IV, página 44.)

(2) Consúltese sobre el particular la interesante monografía de *Tuffier*, *Traitement du cancer inoperable*: núm. 6 des *Monographies cliniques de L'Œuvre Médico-Chirurgicale*. Dr. *Critzman*, Directeur, 1911.

a nuestra observación directa. Desgraciadamente no resulta igualmente factible obtener dicha convicción cuando se trata de neoformaciones epiteliales de órganos internos o profundos, como el útero, la próstata, la vejiga, el estómago, etc.

Sin embargo, en el cuello del útero, por ejemplo, es todavía indudable que una observación detenida nos permitirá distinguir perfectamente, por la dureza especial y limitable que constituye la base de la proliferación epitelial, por su persistencia y progresión a despecho de todo tratamiento, y muy particularmente por *la edad de la paciente*, un epiteloma glandular incipiente, en estado todavía precanceroso, de un proceso inflamatorio crónico del tipo de las metritis. En el estómago y otros órganos profundos hay que fundar el diagnóstico en datos principalmente subjetivos, anamnésicos y puramente clínicos, y muchas veces, ni siquiera siempre, sólo durante el acto operatorio puede apreciarse el grado de infiltración y difusión del proceso epitelial.

Por consiguiente, hemos de limitarnos hoy por hoy a hacer aplicación pronta e inmediata del conocimiento del estado precanceroso a las afecciones externas, y convencidos de la verdad de la doctrina buscar con ahinco nuevos medios de diagnóstico precoz para poder apreciarlo en las localizaciones internas o profundas.

CONDUCTA DEFINITIVA A OBSERVAR, O SEA PRECEPTOS PRÁCTICOS RESULTANTES DE NUESTRO ESTUDIO.

1.º Evitar toda causa permanente de irritación crónica o repetida sobre un punto determinado, principalmente sobre los puntos clásicos en que la experiencia ha demostrado el predominante desarrollo del cáncer (labios, lengua, espacio gingivo-lingual, mama, recto, píloro, ciego, S ilíaca).

2.º Tratar de diagnosticar, en tiempo útil, el estado precanceroso local, sospechándolo en todo engrosamiento epitelial aunque sea indoloro (o más todavía siéndolo) que persiste a pesar de los medios lógicos de tratamiento (útero, labios, lengua) y dar por segura su existencia en la mama y órganos afines cuando el infarto o el nódulo aparece o se exacerba en el período yuxtamenopáusico. Por consiguiente, todo tumor de mama en esas condiciones *debe ser extirpado lo antes posible, sin ulterior examen ni ensayos terapéuticos, que sólo pueden conducir a resultados engañosos o a dilaciones funestas.*

3.º En lo posible evitar o proscribir en absoluto esas operaciones tardías llamadas paliativas' teniendo en cuenta que una operación, aun limitada e incompleta, en el período inicial de una neoplasia, da mejores resultados curativos que la operación más extensa, y supuesta radical, en los períodos avanzados del mal, debido probablemente a la impregnación del organismo por las toxinas cancerosas y consecuente disminución o abolición de las defensas orgánicas, capaces cuando existen, de bloquear o asfixiar en tejido conjuntivo cicatricial elementos perdidos de la neoplasia.

4.º En fin, cuando no pueda prescindirse, por razones de humanidad, de practicar esas operaciones extensas y tardías (1), hacer gran uso y acertada aplicación del tratamiento por las *autolisinas* utilizando el *autolizado de Keyser*, del cual yo he tenido ocasión de observar efectos curiosos, o el método preconizado por nuestro excelente colega doctor Ribas y Ribas, por medio del *encitol* y la *citolisina* y, según recientes esperanzas, por la radioterapia.

Esto es lo que yo personalmente profeso, aconsejo y practico: es más, es lo que yo haría con mis hijos o con mi propia persona en el caso desgraciado de verlos o de verme atacado del mal que nos ocupa. Creo que este es el mejor resumen y epílogo de mi modesta exposición.

No es este el lugar, ni ha sido mi objeto, ocuparme en esta Sesión del tratamiento sistemático del cáncer por la Rontgenoterapia y la Radioterapia. Hoy por hoy sigo creyendo que *donde y cuando es posible una buena y oportuna exéresis*, es ésta la mejor y más radical terapéutica del cáncer.

(1) *Keyser*, de Jena. Ueber den Stand und die Bedeutung der operationslosen Behandlungsmethoden der Tumoren in «Zeitschrift für Chemotherapie und verwandte Gebiete», 1914.

*Fischer*: conferencia de *Bastianelli* en la Clínica de Murphy (Murphy Clinics 1912, vol. I, pág. 789).