

NOTAS Y RESEÑAS

PRIMER CONGRESO HISPANO-PORTUGUÉS
DE UROLOGÍA

El primer Congreso Hispano-Portugués de Urología, celebrado del 2 al 4 del próximo pasado Julio en Lisboa, se organizó y fué llevado a feliz término gracias a la iniciativa y la labor de un solo hombre, el Dr. Don Enrique BASTOS, si bien secundado con entusiasmo por todos sus colegas Portugueses. Todos ellos pusieron de su parte cuanto pudieron rendir bajo el concepto científico y de perfecto compañerismo, hasta el extremo que nos hallábamos en nuestra propia casa y formábamos parte de una grande e idéntica familia, pero no es menos cierto que la concepción inicial y la organización de esta primera reunión de la Urología Ibérica, se debe al ilustre y supradicho colega Lusitano, a partir de su valiosa y agradecida asistencia al último Congreso de la Asociación Española de Urología celebrado hace dos años en Madrid.

En la imposibilidad de detallar ni mencionar siquiera, todas las comunicaciones hechas, nos limitaremos a dar una idea general de la labor científica realizada. Las Ponencias estaban confiadas al Dr. D. Salvador PASCUAL, de Madrid, y al Dr. Arthur RAVARA, de Lisboa, Presidente del Congreso. En la primera se estudiaban las *nefropatías experimentales*, fundamentándose la parte puramente médica en los trabajos del Dr. GIL y GIL acerca de la acción del nitrato de urano sobre el epitelio renal y la reacción que el mismo determina en algunas porciones del tubo urinífero. Asimismo se estudiaban los efectos de la cantaridina. En la parte operatoria se describían las alteraciones que producen sobre la glándula renal, las ligaduras de los vasos de este órgano y del ureter. La lectura de la comunicación fué acompañada de la proyección de microfotografías y de la presentación de las piezas anatómicas resultado de los trabajos experimentales llevados a cabo por el ponente. Es lástima no se ampliaran estas investigaciones, en su mayor parte comprobación de hechos ya conocidos, con una nueva experimentación que hubiera dado a la memoria un sello completamente original, cual es el observar la manera como reacciona la glándula renal después de haberla privado de su inervación. Hoy día que es intervención corriente la llamada por los franceses enervación del riñón, y que nosotros denominamos nefrolisis pedicular, sería interesante saber la manera como se porta el expresado órgano, privado de sus nervios, ante los diferentes agentes patológicos estudiados en las nefropatías experimentales. Sabemos en la actualidad que el despojamiento del pedículo renal de sus filetes simpáticos, tal como hace LIF(6001 en la simpaticectomía peri-arterial, no altera la función del riñón en estado fisiológico, ¿pero sucederá lo mismo en condiciones patológicas? Es esto lo que la clínica y la experimentación nos tienen que revelar.

La ponencia del Presidente del Congreso Arthur ROVARA era *Tratamiento quirúrgico de las fístulas uretro-cutáneas*. El tema fué desarrollado en relación con las condiciones de Cirujano y de Urólogo que se reúnen en el ponente, y es fruto de su personal observación y de su no escasa experiencia. Una condición es esencial para el éxito de la intervención; el derivar temporalmente la orina hasta conseguir la desinfección y la mejoría de las lesiones: esta derivación puede hacerse por vía hipogástrica o por vía perineal, reservándose esta última para las fístulas que recaen por delante de la región perineo-escrotal de la uretra; solo en muy limitados y escogidos casos puede simultáneamente la derivación de orina con la plastia uretral. Colocada la región en condiciones las más favorables, el Dr. RAVARA es partidario de los métodos más sencillos para la oclusión de la fístula uretro-cutánea, bastando la mayoría de veces el simple avivamiento y sutura en un solo plano. Este criterio, fórmula simplificada de su práctica ecléctica y condicionada según las circunstancias y los casos, fué el que hizo prevalecer, como secuela de sus condiciones de maestro y el que puso en práctica

en una brillante sesión operatoria llevada a cabo en su servicio del Hospital San José.

Vimos operar también, el Profesor Francisco GENTIL, uno de los cirujanos de más renombre de aquella capital. Con este motivo, su ayudante, el Dr. Brito CHAVES, junto con el citado profesor y gran número de congresistas y colegas, y el administrador de la asistencia Pública de aquella Capital, nos hicieron visitar los diferentes servicios del espléndido Hospital de Santa Marta y otros hospitales y establecimientos benéficos de la bella y sin par capital del vecino Pueblo Ibero.

La impresión general que sacamos de esta visita es que, apesar de hallarse hoy día Portugal bajo la influencia de la crisis económica, o mejor dicho de la desvalorización de la moneda, que en más o en menos han sufrido todos los pueblos beligerantes durante la post-guerra, tiene espléndidos y capaces hospitales, suficientes para sus necesidades, y perfectamente dotados. Sobre todo la organización y el trabajo desplegado por el personal subalterno, desde el primer auxiliar hasta el último enfermero, son de admirar; asimismo el rendimiento continuo de sus laboratorios y las exhibiciones anatómo-patológicas en sus museos, hacen adivinar el amor al trabajo y la constancia de las personas encargadas de los mismos.

Nos es imposible citar los nombres de los eminentes colegas portugueses, aparte los arriba nombrados, que bien por su reputación científica, bien por sus aportaciones personales al Congreso, contribuyeron a dar más realce al mismo, porque correríamos el riesgo de dejar sin mencionar a alguno o varios que representan para el porvenir, e incluso para el presente, un positivo y gran valor, pero no podemos menos de mencionar al Profesor Sabino COELHO, el veterano cirujano de la escuela quirúrgica de Lisboa, al Dr. Arthur FURTADO, vicepresidente del próximo Congreso Internacional de Urología que debe tener lugar en Nueva York, el Prof. Angelo da FONSECA, Profesor de Clínica Quirúrgica y de Urología de la Facultad de Medicina de Coimbra, y a quien tendremos que citar nuevamente en este artículo, y en fin el Dr. Reynaldo DOS SANTOS, el trabajador e investigador incansable, verdadero polígrafo que tanto y tan bien ha escrito de arte como de Ciencia.

La sesión inaugural tuvo lugar en la sala de actos de la Facultad bajo la presidencia del ministro de Instrucción Pública en representación del Presidente de la República, le acompañaban en la mesa presidencial, el ministro de España en Portugal D. Alejandro PADILLA, el director de la Facultad de Medicina de Lisboa Prof. ACEVEDO NEVES, el Presidente de la Asociación portuguesa de Urología, Dr. Arthur RAVARA y el Presidente de la Asociación Española, Prof. Leonardo PEÑA. Una vez leídos los discursos reglamentarios por los secretarios de las respectivas Asociaciones, Dr. BASTOS y Dr. SÁNCHEZ COVISA, pronunciaron elocuentes oraciones los presidentes de las mismas y el Ministro de Instrucción Pública. Los conceptos en ellas vertidos fueron glosados en varias ocasiones, en especial en el banquete ofrecido por los Urólogos Portugueses en obsequio de sus compañeros españoles, con asistencia del Ministro de España, y hacían recordar los escritos de Oliveira Martins (el historiador más artista que dió en el pasado siglo la Península Ibérica, como decía Menéndez Pelayo; o el único historiador de ella que merece tal nombre, como dice Unamuno) en su programa de federación Ibérica.

Como complemento del Congreso debe mencionarse muy especialmente la notable conferencia que el Dr. A. DA SILVA CARVALHO dió en la Academia de Ciencias de Lisboa en honor de los congresistas españoles, sobre la historia de la Urología en Portugal. Al terminar el acto nos fueron concedidos sendos títulos de Académicos corresponsales de la mencionada Asociación a varios de nosotros. También debemos a la galantería de nuestros colegas lusitanos algunas condecoraciones de la Orden de San Tiago de la espada, otorgada en el vecino país en recompensa de méritos científicos. Desde las páginas de ARS MEDICA, en nombre propio y de mis compañeros agraciados Dres. PEÑA, CIFUENTES y COVISA, me complazco en renovar

nuestro agradecimiento a las autoridades y a nuestros amigos y compañeros de Portugal.

Terminadas las tareas científicas se dedicaron los días 5, 6, 7 y 8 a la visita de los hospitales y monumentos de Lisboa y a varias excursiones. Visitamos Cintra, Cascaes, las aguas de Luso y Curia y el maravilloso sitio de Bussaco. En todas partes fuimos cordialmente recibidos y agasajados. El día 8 fuimos recibidos en la Universidad de Coimbra donde el Prof. Angelo DA FONSECA nos hizo visitar su bien montado servicio en el que practicó una notable intervención quirúrgica, acompañándonos después a visitar los servicios de la Facultad, que nos causaron la misma buena impresión que en Lisboa. Visitamos también en su compañía la notable e histórica Universidad y los monumentos, museos y lugares más interesantes de Coimbra, obsequiándonos por fin con un espléndido banquete. Fué en esta ciudad, que junto con Cervera, Salamanca, Bologna y París constituyó uno de los principales y más famosos centros de cultura de la edad media, donde vimos los típicos trajes de los estudiantes de su Universidad y donde oímos los clásicos, dulces y conmovedores fados portugueses. Conservaremos de su visita, lo propio que de todos los lugares de Portugal que pudimos admirar, un imperecedero recuerdo.

J. M. BARTRINA.

A PROPÓSITO DE LAS RECIENTES INVESTIGACIONES SOBRE EL CÁNCER DE GYE Y BARNARD

Sabemos como de un modo tradicional existía una lucha entre los que suponían el cáncer como de origen bacteriano y los que rendían culto a las ideas de WIRCHOW creyendo que era una metaplasia histológica de origen irritativo. Larga sería la lista de los gérmenes a quienes se ha atribuido la etiología del cáncer, infusorios, protozoarios, etc.... A pesar de ello en el espíritu de todos estaba la creencia de que se trataba de hechos lejos de toda realidad, y por eso los histólogos cuando producían muy simplemente un cáncer en los conejos irritando su piel con alquitrán y cuando lograban trasplantarlos con injertos celulares o cuando relacionaban con la biología de las neoplasias las leyes etiológicas hasta hoy conocidas, parecía que verdaderamente lograban derrotar de un modo incontestable a los viejos y primeros representantes de la teoría parasitaria, que no habían logrado cultivar ningún germen ni infectar con supuestos cultivos ningún animal, excepción hecha del sarcoma venéreo del perro estudiado por BELLINGHAM y WASHBOURN en 1897, transmitido con el coito desde la vagina neoplásica de una perra y sobre todo la observación de ROUS, del Instituto Rockefeller, en 1911, reproduciendo un sarcoma desde la pata de un pollo a otro pollo no ya por injerto, sino inyectando un extracto de aquel tumor filtrado a presión en una bujía de Berkefeld.

Cosa semejante sucedía con el sarcoma de otras aves. Parecía lógico suponer que no existiendo en el extracto células de ninguna clase, luego de pasar a presión por un filtro, había que suponer la infección neoplásica de origen bacteriano. Sin embargo, los histólogos seguían siendo escépticos, porque no tenían lugar los mismos hechos con los extractos de neoplasias de conejos, ratas y otros mamíferos y desde luego tampoco con las neoplasias humanas, y suponían que el llamado sarcoma del pollo de Rous, sería quizás un granuloma infeccioso mal conocido.

Cuando vivíamos en plena moda del cáncer, hija, realmente, de un eminente peligro, mientras seguían las luchas de escuela entre los histólogos y bacteriólogos, de pronto surgen dos figuras eminentes que revolucionan el mundo científico, E. GYE y J. E. BARNARD, que con sus trabajos parecen haber dado un paso muy notable en la etiología del cáncer.

E. GYE, arranca en sus estudios de la impresión que en su ánimo dejan los experimentos de ROUS antes citados.

La labor del Dr. GYE ha solucionado, aparentemente, de una

manera tan inesperada como convincente, si son ciertos los hechos experimentales en que se apoya, el dilema entre las distintas ideas de etiología cancerosa. Llega a demostrar que hay al mismo tiempo un factor extrínseco y un factor intrínseco interesados en la etiología del cáncer. El factor extrínseco es un virus común a todas las neoplasias. Por sí mismo es incapaz de producir un neoplasma. Para hacerlo requiere el concurso de un factor intrínseco, una substancia producida por las células que permite que el virus las ataque a su vez. El virus puede ser cultivado. El factor intrínseco que hasta ahora ha sido demostrado solamente en unos pocos tumores se presume que es producido por las células en el curso de una irritación crónica.

El factor intrínseco varía de tejido a tejido y de tumor a tumor. En los tumores como el sarcoma del pollo que estudió ROUS es abundante y muy resistente, de forma que persiste hasta con un extracto hecho sin exageradas precauciones; en la mayoría de los otros tumores debe estar presente en pequeñas cantidades y debe ser muy *labil* de manera que son necesarias condiciones especiales, desconocidas aún, para demostrar su existencia y para conservarlo. Esta diferencia fundamental entre los tumores de ROUS y todos los otros tumores, de los mamíferos y humanos es por consiguiente la manifestación de distintos grados de labilidad de esta substancia específica, química, que GYE denomina *factor específico*.

Con ser formidable la obra de GYE sin embargo tiene por base las experiencias de ROUS y por eso creo oportuno rendir un tributo al gran biológico americano.

ROUS había comprobado como el cloroformo, entre otras substancias, impedía la infectividad neoplásica de los extractos filtrados del sarcoma del pollo, y ello suponía que el virus moría. GYE lo ha comprobado con mayor riqueza de detalles porque comienza por estudiar en el supuesto de un virus, los medios más apropiados para su cultivo y las condiciones óptimas de infectividad neoplásica de los extractos y así ha podido observar que el mejor medio es el caldo de HORTLEY con 0,2 % de ClK añadiendo un 10 % suero de conejo y azúcar en la proporción de 0,5 % a 1 %. La anaerobia es una de las condiciones que más alarga el tiempo de la infectividad de los cultivos. Es posible así tener cultivos infectantes hasta siete u ocho días después. Esto prueba que se trata de un virus.

La idea que hizo creer a GYE que la acción infectante tenía que ver con un agente químico, era la circunstancia de que el grado de lesión era siempre proporcional a la cantidad de tumor empleado para hacer el extracto, cosa que se acerca más a las acciones químicas que bacterianas, sobretudo cuando pequeñas cantidades a veces dan resultados negativos cosa que no sucedería con los virus solos.

ROUS, como decíamos, inyectando extractos, tratados con cloroformo, muertos los virus, no obtenía al inyectarlos en el pollo ninguna neoplasia. a GYE se le ocurrió pensar que este extracto debía de contener sin embargo aquel agente químico que suponía. Por otra parte sabía que los extractos viejos del sarcoma de ROUS, eran inertes y no infectaban, seguramente no por muerte del virus sino por destrucción de las substancias químicas, el factor específico, y pensó en reunir de nuevo, virus de extractos viejos sin factor químico, al extracto con factor químico pero sin virus porque el cloroformo los mató. Así reunidos los dos factores intrínseco y extrínseco, el resultado de su inyección en el pollo fué positivo y por tanto al parecer quedaba demostrada la gran concepción de GYE y así se ponía la primera piedra a una nueva teoría patogénica para explicarnos la etiología de las neoplasias malignas.

Experimentando luego con extractos filtrados a presión en las bujías, de neoplasias del sarcoma de JENSEN, de las ratas y de algunas neoplasias humanas cuando a estos extractos, siempre negativos a todo intento de inoculación, se les añade el factor químico proveniente del sarcoma de ROUS, el resultado es positivo en el pollo. Con este puede suponerse ya la enorme importancia que en la biología del cáncer deben tener las experien-

cias de GYE. Si es necesario añadir factor específico proviniente del sarcoma del pollo de Rous, y experimentar es porque el factor específico proviniente de las mismas neoplasias de los mamíferos o humanos es hoy aun imposible de obtener y por esto no podemos producir la experiencia en los mamíferos y en el hombre. Estos experimentos son suficientes para demostrar, según GYE, que el virus es común, único, que lo mismo existe en el sarcoma del pollo que en las neoplasias humanas, pero que el factor químico es específico, ya que solo, permite merced a su uso la reproducción en la especie animal origen del factor químico y que su especificidad es característica para cada tipo neoplásico ya que solo reproduce histológicamente el tipo de sarcoma igual al primitivo cuando se usa el factor específico proviniente del sarcoma del pollo de Rous. Cuando se usa virus de neoplasia humana y el factor específico del pollo de Rous, apesar de producirse en las aves dichas a las que se inyecta, una neoplasia que metastiza y mata, el tipo histológico es sin embargo embrollado, porque le falta la orientación específica química que debe regir la modalidad de la anarquía celular característica de un tipo neoplásico.

Los trabajos de GYE tienen el mérito de relacionar las dos teorías sobre la patogenia de las neoplasias malignas suponiendo que para que el virus ataque a la célula es necesaria una acción química que en el fondo puede ser igual o parecida a las acciones irritativas conocidas hoy como causa provocadora de neoplasias en la experimentación del cáncer.

Los trabajos de GYE hubieren acabado de momento aquí si por un hecho de mera coincidencia no hubiesen visto aumentar su mérito con los descubrimientos de J. E. BARNARD a propósito de un nuevo método físico que permite aumentar el poder de resolución de un microscopio, hasta el punto de permitir la observación de los virus invisibles o filtrables. El poder de resolución o aumento de un microscopio depende de una fórmula física en la que interviene la longitud de onda de la luz que ilumina un objeto en la cámara del ultramicroscopio, de modo que aumentando el valor de este factor lo cual se consigue haciendo más pequeña esta longitud de onda característica física de la luz que ilumina, es posible entonces observar aumentos considerables por encima de los posibles hoy. Para ello BARNARD usa haces monocromáticos de radiaciones las más cortas del espectro solar o bien usando rayos ultravioletas, más cortos aun y que permiten la impresión de placas fotográficas reproduciendo las imágenes de virus invisibles hasta ahora. La teoría de BARNARD, ha sido llevada por el mismo a la práctica utilizando un aparato microscópico adecuado y cuya descripción no hacemos porque hoy nuestro objeto consiste solo en dar una primera impresión *casi vulgar* de los trabajos originales brillantemente expuestos por los autores en "The Lancet" de 18 de Julio pasado. Es posible que el descubrimiento de BARNARD, permita ir muy lejos en el campo de la bacteriología y por ende de las ciencias médicas. ¡Quién sabe lo que lograremos usando, rayos de longitudes más cortas aun que las experimentadas, como por ejemplo los rayos X y el radium!

BARNARD ha podido así observar el virus de la neumonia bovina, virus filtrable y ha estudiado todo un ciclo evolutivo. Los trabajos de BARNARD bajo el punto de vista práctico quizás son aun prematuros, porque los virus tienen con tal método micrográfico, formas y estudios nuevos en bacteriología y por lo tanto difíciles de comprobar. Sin embargo, lo cierto es que es posible ver algo que hasta ahora no veíamos. Puede ser, y seguramente sucederá que estos hechos sean muy discutidos, sin que los merecimientos de BARNARD disminuyan por eso.

El Dr. GYE, aprovechando la ocasión que le brindaban las experiencias de su colega BARNARD, estudió sus cultivos de supuesto virus canceroso y pudo obtener imágenes de colonias, cuya descripción e interpretación merecen también, sin duda alguna, la crítica de los grandes peritos en estas cuestiones, si bien esta circunstancia aumenta las probabilidades teóricas supuestas por GYE con sus experimentos.

Biológicamente, los trabajos de GYE representan, repito, un

avance notabilísimo en los estudios del cáncer ¿pero es también exacta la interpretación dada por el ilustre médico inglés a sus experiencias? Quiera Dios que así sea porque ello significaría un camino ya definitivo en busca de la ansiada terapéutica contra las neoplasias malignas.

V. CARULLA RIERA

FORMAS. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

Interesa en primer lugar, saber que es grave error considerar como buena práctica el esperar unos días después de la aparición de la parálisis, para instituir el tratamiento eléctrico.

Existen varios grados de *parálisis facial*, pero para facilitar su estudio y en obediencia a la práctica, pueden incluirse en tres grupos: Unas que tardan de 15 a 20 días en curarse, otras unos 2 meses y otras de 8 a 10 meses y más. El pronóstico puede hacerse después de unos 10 días de aparecer la parálisis valiéndonos del examen eléctrico.

Ciertas *parésias*, se reconocen a la exploración eléctrica mediante la comparación del modo de reaccionar los músculos del lado sano con los del lado enfermo. Las contracciones de los músculos del lado sano se hacen ya más aparentes, aun usando excitación menos intensa con las corrientes farádicas de frecuentes interrupciones.

En las *parálisis de primer grado* se mantiene la reacción farádica aunque debilitada.

En las *parálisis de segundo grado*, la reacción farádica de frecuente interrupción se pierde y se debilita la de interrupción rara.

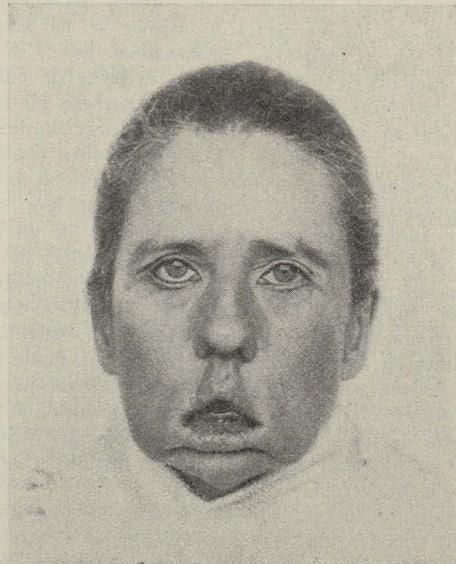


Fig. 1. - Neuritis doble del 7.º y 8.º par craneal.

En las *parálisis de tercer grado*, la reacción farádica se pierde totalmente y existen dentro de este grupo varios grados de modificaciones de reacción galvánica, cuya modificación está naturalmente en proporción con el pronóstico de la enfermedad y aun del estado ulterior de los músculos afectados.

El tratamiento debe ser practicado con intensidad proporcional al grado de parálisis y en los casos de indicación galvánica, con interrupciones.

Los polos colocados en los puntos de elección con sentido indiferente cuando se trata de la corriente farádica y con la galvánica, el positivo perdido o en la salida del nervio a la periferia y el negativo en los puntos de excitación.

Todas estas parálisis faciales periféricas, curan sin recuer

do residual excepto las que llamamos del tercer grado. Incluso en las de este grupo, en que la pérdida de la reacción farádica ha sido tan sólo pasajera, se pueden esperar óptimos resultados, pero en aquellas en que la reacción galvánica ya ha llegado a modificarse de un modo aparente, la contractura post-paralítica de los músculos afectados es siempre el estado residual.



Fig. 2. - Neuritis doble del 7.^a y 8.^o par craneal. Lagofthalmos

Esta contractura molesta a los enfermos y debe combatirse mediante masaje del lado enfermo y con la faradización del lado opuesto, cuyos músculos llegan a un estado de tonía anormal por el desequilibrio de la tonicidad muscular facial bilateral durante la parálisis.

L. BARRAQUER FERRÉ.

CRÓNICA

LA LUCHA ANTICANCEROSA

Es innegable que el mundo científico, desde hace unos años, viene sintiendo la emoción del peligro canceroso, y puede ser que una mejor facilidad diagnóstica, por una parte, nos haga vivir realmente en nuestra práctica mayor número de casos y que, por otra, el valor universal de una estadística aterradora, sean factores que vengán sensibilizando a la clase médica de un modo progresivo haciendo cristalizar aquellos sentimientos emotivos en un estado de conciencia que en todos los países civilizados obliga a campañas sociales para combatir el mal o despierte nobles estímulos de investigación para ver de desentrañar el misterio etiológico de aquella dolencia hoy convertida en plaga universal.

HOFFMANN, en el Congreso de Bruselas de 1923, afirmaba que el cáncer representa hoy la más seria amenaza para la existencia de las naciones civilizadas.

Innegablemente, las estadísticas son aterradoras y sino fijémosnos ligeramente en algún número, de los que a diario vienen repitiéndose.

En Francia, mueren habitualmente cada año unos 40.000 cancerosos.

En Estados Unidos.	50.000
En Inglaterra.	30.000
En España.	20.000

En Europa mueren anualmente según los cálculos estadísticos de THOMAS más de un millón de cancerosos, aproximadamente

el mismo número de combatientes que la gran guerra arrebató a la vida anualmente

Pero lo que verdaderamente causa más impresión, es el creciente progreso de la enfermedad. Morían hace veinte años en Francia 25.000 cancerosos, hoy mueren 40.000.

En la ciudad de Nueva York en el último decenio han aumentado en 45 % las defunciones por cáncer.

Como la cuestión estadística sería interminable me limitaré a repetir sólo unos pocos datos bien conocidos y termino los números con recordar que en Barcelona, desde 1909 a 1922, según la estadística del Dr. RADUÁ, se ha doblado la mortalidad por cáncer pasando a cerca de un millar las defunciones anuales por cáncer en nuestra ciudad.

De todos modos sin quitar un carácter de enorme gravedad a estos hechos, a esta realidad estadística, es preciso comentarlos serenamente. Es posible que aun siendo realmente progresiva la invasión del mal, de todos modos es seguro que este aumento venga exagerado por una mayor facilidad estadística, y repito de nuevo, quizás por una mejor posibilidad diagnóstica, así por ejemplo: hasta hace poco se venía sosteniendo que el cáncer era un mal propio de los pueblos civilizados, que los pueblos salvajes, especialmente los negros de Africa, no padecían sino excepcionalmente el cáncer, pero cuando la colonización europea ha podido estudiar con exactitud científica estos hechos se ha visto que no eran tan ciertos como se había supuesto por los primeros exploradores. Contra esta idea ya se había levantado la voz de ROUSSY afirmando que era un error esta opinión. En Marruecos CLUNET y TANRET afirmaron que el cáncer era raro, y REKERTER cita una estadística con una sola observación entre 10.000 habitantes de Fez y sin embargo este mismo autor, REKERTER, unos años más tarde, en un artículo publicado con SPEDER en Diciembre de 1924, en *Maroc Medical*, se retracta de su primera impresión y afirma que estudiado con detalle el problema puede asegurarse que los indígenas se ven atacados en Marruecos con la misma facilidad y frecuencia que en Europa, citando en apoyo de ello una valiosísima estadística de 713 casos observados desde 1921 a 1924. Con esto puede bien claramente patentizarse como la observación exacta de un problema puede hacer cambiar la impresión subjetiva que de él se tenga.

En 1899 ROSVELL PARCK escribía: "si la mortalidad del cáncer sigue creciendo, en 1909 en el estado de Nueva-York habrá mayor mortalidad por cáncer, que por la tuberculosis, la viruela y la fiebre tifoidea reunidas", y sin embargo, a pesar de que la viruela y la fiebre tifoidea en los Estados Unidos van desapareciendo, la realidad afortunadamente, aun muchos años más tarde de la fecha prevista por ROSVELL PARCK, se ha encargado de desmentir estos pronósticos. A pesar de esta favorable impresión crítica, sin embargo, parece evidente que estadísticas suficientemente serias para admitirlas como ciertas, acusan en el estado de Nueva York en el decenio 1910-1920, un 45 % de aumento en la mortalidad por cáncer.

Sin embargo, creo que para dar justo valor a este problema del crecimiento brutal del cáncer, como se viene sosteniendo, es preciso una observación más serena e interpretada con un espíritu crítico menos apasionado de como viene haciéndose. Quizás será interesante el resultado de la investigación iniciada ya por la "Sociedad de las Naciones" a este fin y para ver de coordinar la verdad o la razón de una cierta anarquía estadística bien evidente cuando comparamos, por ejemplo, Suiza, donde en diez años la mortalidad por cáncer sólo ha aumentado en 2 % escasamente y la estadística del estado de Nueva-York, por ejemplo, en donde, como antes decimos, en el mismo período de tiempo ha aumentado en un 45 %; el porque en Italia y Holanda la mortalidad por cáncer de pecho y órganos genitales femeninos, es tres veces menor que en Inglaterra; y así podríamos continuar exponiendo otras paradojas estadísticas.

Puede ser que en el informe de la Sociedad de las Naciones, predomine como base de estudio la estadística suiza, el país