

es somnolientos grandes efectos al herido cuidadosamente procurará evitar, ante todo, el enfriamiento posible del mismo, procediéndose a su colocación en una cama caliente o si es preciso en la mesa de operaciones rodeado de una atmósfera templada. Si el enfermo está ya frío puede calentarse mediante mantas de lana o mejor aun por medio de botellas calientes colocadas a los lados de su cuerpo o entre sus miembros. Otro medio de suministrarle calor, acaso el mejor, si el enfermo no vomita ni tiene lesionado su conducto alimenticio, es la ingestión de bebidas calientes que además de suministrarle el calor perdido apagan su sed y tienden a restablecer el volumen reducido de su masa sanguínea.

Suprimiremos el dolor y molestias que podrían repercutir sobre su sistema vaso-motor periférico mediante una inyección de morfina, evitando caer en el abuso de la misma pues existen testimonios de heridos profundamente morfinizados que no han resistido satisfactoriamente una urgente operación. Autores hay sin embargo, que aconsejan su administración hasta reducir a 12 por minuto el número de respiraciones del enfermo. En caso de fracturas o luxaciones se colocarán ferulas apropiadas antes de movilizar al herido.

La hemorragia es factor de capital importancia coadyuvante en la patogenia del shock. El empleo de un ESCHMARCH bastará a veces para detener la hemorragia. Si esta es interna o difícil de cohibir se procederá a una operación de urgencia. Es aquí, en estos casos de shock secundario, que los autores están de acuerdo en la práctica de una intervención que si se hace a tiempo, con rapidez y cuidado, podrá por razones diversas, (hemostasia, excisión de heridas cutáneas focos de intoxicación, eliminación de productos tóxicos, etc.) evitar el estado crítico de shock inminente al herido en cuestión.

Se elevará la *tensión arterial* mediante inyecciones de aceite alcanforado, e intravenosamente de grandes cantidades de sueros de todas clases.

En casos extremos y de grandes pérdidas sanguíneas se procederá a la transfusión de la sangre, de la que volveremos a hablar al tratar de la terapéutica del shock confirmado.

Tratamiento del shock confirmado. Será preciso recalentar al herido por los medios más arriba indicados.

La hipotensión arterial determina el shock cuando se registran cifras de mínima por debajo de 6 y de máxima inferiores a 7. Pueden encontrarse mínimas de 3 ó 4 (KEEN). Para restablecerla, lo primero que debe hacerse es practicar la hemostasia por medio de pinzas o la colocación de un ESMARCH. La intervención no deberá nunca practicarse en estos casos, por favorecer en gran manera y producir además, una mayor hipotensión.

El descenso de la presión sanguínea es debido al menor volumen de sangre circulante. De aquí que todos los medios deban dirigirse a restablecer la circulación capilar. Las inyecciones de adrenalina, pituitrina y demás vaso-constrictores no nos darán, por su mecanismo, más que un aumento de tensión pasajero y transitorio. La inyección de soluciones salinas isotónicas no ha tenido

hasta la fecha una practica favorable explicándose por el pronto paso del mismo a través de las paredes arteriales a los espacios conjuntivos. Lo único que ha hecho registrar algunos éxitos ha sido la inyección lenta de una solución hipertónica de goma de acacia (25 por 100) en una solución de glucosa al 18 por 100 (HARWITZ). Obra más que nada como un substitutivo de la sangre, así como las soluciones coloidales, suero salado gomenolado (BAYLISS), suero de Locke gomenolado (DELAUNAY), etc.

Pero el método ideal para compensar la disminución de la masa sanguínea es la moderna práctica ya citada de la transfusión sanguínea. A medida que va perfeccionándose la técnica de la transfusión hemática es indudable que los éxitos terapéuticos del estado de choque han de ser verdaderamente notables.

Finalmente, lucharemos contra la acidosis mediante la absorción de bebidas alcalinas calientes o inyecciones intravenosas de sueros bicarbonatados a grandes dosis. CANNON y CRILE confirman preciosos resultados con esta práctica.

PROCESOS PRECANCEROSOS DE LA PIEL Y MUCOSAS. SU TRATAMIENTO COMO PROFILAXIA DE LOS TUMORES MALIGNOS CUTÁNEOS

por el doctor

A. CARRERAS

Director del Servicio Municipal de Dermatología de Barcelona

Todo tumor maligno de la piel va precedido necesariamente de un proceso precanceroso, es decir de una lesión que sin ser ni histológica ni macroscopicamente un cáncer, lleva en potencia la cancerización y se transforma después en un proceso maligno. *La curación de estos procesos precancerosos es la verdadera profilaxia del cáncer cutáneo.* Es siempre posible asegurar la curación de aquellos y en cambio no siempre es posible lo mismo cuando se han transformado en tumores malignos.

Estos procesos llevan consigo una modificación de la función normal de la piel. Unas veces el aporte de oxígeno es insuficiente, la nutrición se hace defectuosa, la red de elastina va desapareciendo; la piel se hace seca y se facilita la queratinización (queratomas). Otras veces, al contrario hay un exceso de oxidación en la superficie cutánea (verrugas).

Sea cual fuese la modificación en el funcionalismo cutáneo, todo proceso precanceroso implica una *senilidad prematura de la piel*, condición indispensable para que estos se desarrollen. Esta senilidad puede ser congénita (xeroderma pigmentorum y nevus) adquirida (causas físicas, dermatitis crónicas y granulósicas) y fisiológicas (queratomas, verrugas seniles, enfermedad de Paget y Bowen, leucoplasia, eritroplasia, etc.).

Vamos a indicar a grandes rasgos la importancia de cada uno de estos procesos como causa de cánceres cutáneos.

Los *naevus* dan un contingente considerable de tumores malignos y tienen una importancia capital porque dan lugar a los naevo-cánceres que es la forma más grave y más resistente del cáncer cutáneo.

Los *naevus verrugosos* (*naevus celulares*) aparecen en forma de verrugas más o menos salientes, blandas y de color pardo o rosado. Son casi siempre congénitas y a veces aparecen durante la primera infancia. Con la edad y ayudados por irritaciones locales se transforman en procesos malignos. DARIER los considera siempre como naevo-carcinomas benignos. Los *naevus pigmentarios* son también susceptibles de cancerización. La melanosis circunscrita precancerosa de DUBREIL aparece en forma de manchas amarillas que se desarrollan rápidamente adquiriendo malignidad.

El *xeroderma pigmentosum*, afección congénita o de la primera infancia, proviene de una sensibilidad especial para los rayos luminosos. La piel se hace excesivamente seca, de descama y forma manchas pigmentarias múltiples que forman neoformaciones verrugosas, que pueden degenerar rápidamente en neoplasias malignas.

La *queratosis senil* o *mugre senil*, esté constituida por manchas o viscosidades que aparecen sobre elementos de seborrea concreta. Estas elementos llamados *queratomas* se presentan en distintas formas, desde la simple costra que se desprende con facilidad sangrando para volverse a formar, hasta el cuerno cutáneo, verdadera neoformación.

Las *verrugas seniles*, bien conocidas, planas con sus bordes bien limitados, coincidiendo casi siempre con la queratosis cutánea, deben ser suprimidas para evitar la posible epiteliomización.

Las *disqueratosis* forman también un grupo importante en este capítulo. Hay entre ellas la *enfermedad de Paget* que empieza por un eccema húmedo que se hace costroso, erosivo y ulceroso. Es exclusivo de las mujeres apareciendo siempre en el pezón y región periareolar. Por excepción, aparece raramente en el hombre y se localiza en el escroto. La *enfermedad de Bowen* más rara que la anterior, está formada por discos lenticulares o musculares, que forman placas irregulares cubiertas de escamo-costras. Se localizan en distintas regiones y la mitad de casos degeneran en malignos.

Todas las *dermitis crónicas*, *granulomas* crónicos (tuberculosis, sífilis y lepra) *dermitis profesionales* (obreros que manejan arsénico y derivados de hulla) y las *radio y radium dermitis*, y por último todas las profesiones que se exponen mucho a los rayos actínicos (payeses, marinos) predisponen, modificando el funcionalismo fisiológico de la piel, a procesos de este género.

Si importantes son todos estos procesos cutáneos, mucho más lo son cuando asientan sobre las mucosas. La falta de la barrera de defensa que constituye la piel, y la rica vascularización linfática que tienen las mucosas son causa de que los procesos preepiteliomatosos se transformen más rápidamente en cánceres, que cuando asientan en la piel y que se extiendan más aprisa. Las irritaciones continuas a que están expuestas las mu-

cosas, sean de causa mecánica o de origen tóxico ayudan a su cancerización. Por último el tratamiento de los procesos cancerosos de las mucosas es mucho más peligroso y difícil que en los de la piel y por tanto hay que tener todo el interés para prevenirlos.

En la cavidad bucal asientan gran número de estos procesos. Las *glositis* sean debidas a causas mecánicas (roces dentarios particularmente) o a causas tóxicas (alcohol, tabaco, etc.), son peligrosas y hay que tratarles para evitar que sean la base de procesos malignos.

La *leucoplasia* bucal que se presenta en la lengua, comisuras labiales y carrillos, forma placas lisas, blancas y nacaradas. Frecuentemente asientan sobre terreno sifilítico. Cuando una leucoplasia se indura y se fisura, denota el principio de su cancerización. Es por esto que no hay que dejar de vigilar atentamente las leucoplasias por insignificantes que parezcan.

El *queratoma del labio* empieza por una excoriación que forma a veces una costra poco adherente, que cae con facilidad y sangra. La epidermis de la región se engruesa y pierde su elasticidad.

La *verruca del labio*; es siempre plana, deja las papilas al descubierto y no tiene base de induración. El principio de su transformación es la induración que sufre.

La *eritroplasia del pene* es un proceso atrofiante, parecido a la kraurosis de la vulva, que invade la región balano-prepucial y se caracteriza por placas rojas, secretantes al principio y se extienden endureciéndose y formando un fimosis por atrofia y retracción de los tejidos.

La *Kraurosis de la vulva* es una esclerosis atrófica de la región, que estrecha el orificio progresivamente y que coexiste a menudo con una leucoplasia.

Este es el conjunto de las lesiones cutáneas y mucosas que nos han de poner en guardia para así evitar su posible transformación en malignos.

La orientación para la terapéutica a seguir con estos procesos, tiene una capital importancia en el sentido de conseguir nuestro objeto respecto a evitación de una probable malignidad de los mismos. El concepto del *nolli me tangere* de los antiguos debe subsistir en lo que se refiere a no perjudicar. El criterio que debe sustentar todo médico no especializado, que es a quien la mayoría de enfermos consultan al comienzo para saber lo cierto sobre la importancia de su afección, es evitar que se haga todo lo que pudiera dañar al enfermo. La práctica desgraciadamente tan extendida de cauterizar repetidamente la mayoría de keratomas, leucoplasias, verrugas, etc. y llevada a cabo muchas veces por profanos y algunas por profesionales, es una de las fuentes más importantes de cánceres cutáneos. Hay que insistir sobre esto: ante todo *no irritar periódicamente* estas lesiones, con lo que únicamente se consigue estimular su crecimiento, por el contrario, particularmente en los procesos mucosos, *hay que suprimir toda causa de irritación local de orden mecánico o tóxico* (roce de piezas dentarias o protésicas, objetos profesionales, pipas, alcohol, tabaco, etc.). Estos procesos hay que *tratarlos precoz y rápidamente*. Es una mala téc-

nica, sea cual sea el medio terapéutico empleado, la repetición de aplicaciones o lesiones. A ser posible hay que *tender siempre a la lesión única* (tratándose de medios físicos). Sería impropio de este breve reseña que he de servir de orientación para el médico práctico, describir detalladamente al medio terapéutico más apropiado en cada caso, con sus técnicas e incidencias. Nos concretaremos a citarlas en conjunto. Las *pomadas o pastas reductoras, queratolíticas, exfoliantes* (en xeroderma. mugre senil) o simplemente anticongestivas (dermitis crónicas) pueden dar buen resultado al principio. Los *medios físicos: radium, nieve de ácido carbónico, electrocoagulación y roentgenoterapia*, eficaces a nuestro juicio, por el orden que los citamos, son los medios de elección. Según la lesión, su extensión y localización habrá que escoger el más apropiado, y la técnica a seguir, siendo algunas veces necesario combinar distintos medios terapéuticos para obtener una rápida curación.

Esta es la orientación de este problema de profilaxia del cáncer cutáneo, que hay que completar con la educación del público para que sea el enfermo el que dé la voz de alarma a su médico, y hay que inculcarle que curando una de estas lesiones que carecen de importancia, a primera vista y que son siempre curables, evitan uno de los procesos más graves, más temidos y más difíciles de curar.

CRONICA

TREINTA AÑOS DE TRATAMIENTO ANTISIFILÍTICO DE LA TABES (1)

por el doctor

MAURICE FAURE

de La Malou

Artigo interno de la Clínica Charcot
Antiguo Jefe de Laboratorio de los Hospitales de Paris

Fué a últimos del siglo pasado cuando empezó a preocupar seriamente el tratamiento antisifilítico de la tabes, enfermedad del sistema nervioso, que había sido alineada por FOURNIER entre las lesiones parasifilíticas, es decir, que resultaban de la sífilis, aunque no obedecían, sin embargo, al tratamiento específico. Ensayos de tal tratamiento hechos por FOURNIER y sus discípulos en el Hospital Saint Louis y luego por RAYMOND, sucesor de CHARCOT, en la Salpêtrière, no dieron resultados decisivos, pues eran efectuados con medicamentos ineficaces o a dosis insuficientes. FOURNIER aplicó las fricciones de pomada mercurial, pero la absorción era irregular, de donde resultaba, intoxicación a veces, y en otras una acción nula. RAYMOND empezó a usar las inyecciones subcutáneas de aceite biyodurado, preparado por IVON, que tenía el inconveniente de ser una preparación inestable y que, por otra parte, solo encerraba una dosis muy pequeña de medicamento (1 a 5 miligramos por centímetro cúbico). Estos dos procedimientos fueron enseñada más ampliamente

(1) Extracto de las Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Barcelona, del 15 al 20 de noviembre de 1926.

utilizados en los establecimientos de aguas sulfurosas de Aix la Chapelle (fricciones) y de Uriage (inyecciones). Los resultados fueron siempre los mismos, es decir, que cuando se elevaban las dosis demasiado, aparecían accidentes tóxicos inmediatos y que, cuando las dosis empleadas eran mínimas el efecto observado era nulo. Lo mismo acontecía con los tratamientos de la sífilis clásicos por aquel entonces, mediante las píldoras de Duyuytrer y de Dicord, por el licor de Van Switen *per os*, etc.

En el período que media entre 1890 y 1900 se vivía pues en la mayor incertidumbre y FOURNIER parecía tener razón cuando excluía la tabes de las sífilis activas, justificables de un tratamiento. Sin embargo, los más jóvenes sifiliógrafos se levantaron contra tal opinión y se obstinaban en marchar por un camino que otros intentaban abandonar. LEREDDE, propulsor de este movimiento, que veía combatir el espíritu dogmático de las Escuelas, pero que era a su vez el espíritu más dogmático y más inclinado a inspirarse en puntos de vista teóricos sin cuidar la experiencia y la observación lanzó el siguiente aforismo: *Si un tabético no cura con el mercurio, es que no lo ha tomado en suficiente cantidad!* Recomendó, entonces, que se administraran dosis enormes (hasta 5 y 6 centigramos de biyoduro, benzoato o bicloruro por día) en inyección acuosa subcutánea.

Se le hizo caso y se intentó un nuevo esfuerzo. Durante muchos meses los tabéticos de los Servicios hospitalarios de Paris fueron sometidos a la prueba, que fué dura, pero breve, pues no pudieron resistirla largo tiempo. Aparecieron graves accidentes tóxicos y la mayor parte de los Neurólogos, que estaban ya descorazonados por la precedente falta de éxitos; reaccionaron contra las evidentes exageraciones de los Sifiliógrafos y se hicieron hostiles al tratamiento específico de la tabes.

Tales ensayos no fueron del todo inútiles, pues proporcionaron interesantes enseñanzas a otros observadores. He aquí como los formularon (2):

Si se examina un número considerable de tabéticos se observa:

1.º Que la evolución de la tabes ha sido agravada en los sometidos a tratamientos antisifilíticos violentos.

2.º Que la evolución de la tabes es más benigna en los que han sido sometidos a tratamientos antisifilíticos sistemáticos, con dosis modestas, que no en aquellos que no fueron sometidos a un tratamiento específico sistemático.

3.º Que, en conjunto, la evolución de la tabes se atenúa y que la enfermedad que era en otro tiempo casi siempre progresiva, se detiene a menudo.

Atribuir esta detención de la evolución de la tabes al tratamiento específico era una conclusión tentadora y no tardó en proponerla. Hubo desde entonces, a principios de este siglo, tres tendencias, tres escuelas, tres enseñanzas diferentes.

(2) BRISSAUD, BABINSKI, BELAGON y M. FAURE. *Société de Médecine de Paris*. 1902-1903. Estadística de 2.000 casos. *Revue de Médecine*. 1904.