

dos epífisis femorales respectivas, por dentro de las dos líneas de referencia citadas.

Resumiendo, el objeto de estas líneas ha sido llamar la atención sobre la relativa frecuencia de la luxación congénita de la cadera y de la grave responsabilidad moral y social que lleva consigo aparejadas. Pensemos más en ella y nos evitaremos diagnósticos erróneos o bien muy tardíos cuando ya pasó el tiempo de toda terapéutica de éxito.

CRÓNICA

LA ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTICANCEROSA

por el doctor
E. FORGUE

Catedrático de la Facultad de Medicina de Montpellier

En la reseña que en nuestro número anterior hacemos de la visita a Barcelona por los colegas franceses, dejamos ya dicho que el profesor FORGUE no pudo dar la conferencia anunciada, en el Anfiteatro de nuestra Facultad de Medicina, a causa de una enfermedad que, reteniéndole en cama, le impidió a él trasladarse a Barcelona y a nosotros deleitarnos oyendo la voz del Maestro.

Restablecido ya de su dolencia, el profesor FORGUE nos ha distinguido enviándonos el original de su notable conferencia que, traducida al castellano, honra a continuación las columnas de ARS MÉDICA.

La organización de la lucha anticancerosa: he aquí el aspecto administrativo, el aspecto social, del problema del cáncer. Ya sabemos por la dura lección de la guerra, que las probabilidades de la victoria dependen del agrupamiento concertado de las fuerzas, de la unidad de frente y de dirección, de la previsión lógica del plan de campaña. Con arreglo a estos principios de asociación y de método, se ha organizado en Francia la lucha anticancerosa. Y tenemos el orgullo de comprobar que, en todos los países, la solución francesa es la que llega a ser el tipo unificado de organización normal. La lógica conduce a ello forzosamente; la complejidad de los organismos que componen un centro anticanceroso lo impone por otra parte. La ley del mundo moderno es esta *standardización*, esta unificación general: más allá de nuestras fronteras nuestros centros anticancerosos se agrupan entre sí, como se agrupan los cruceros acorazados de todos los pabellones,

las fábricas de la misma especialidad, los grandes establecimientos de la misma clientela.

Es, pues, interesante y justo, precisar cuáles han sido las directivas que en Francia han presidido esta creación; cuales son los hombres que han sido sus obreros del primer momento.

Un centro anticanceroso debe abarcar dos objetivos: 1.º La investigación científica; 2.º La aplicación terapéutica. Este doble objeto era el que perseguía a fines del siglo XVIII un gran filántropo inglés, WITBREAD, al crear en Londres, en el hospital de Middlesex, una sección del cáncer que tenía por objeto el tratamiento de los enfermos y el estudio del mal. Esta creación de los centros regionales de Francia la debemos a la colaboración juiciosa y realizadora de un gran ministro y de un gran sabio, dedicado a la ciencia hasta llegar al sacrificio de su vida: el profesor BERGONIÉ. Considero como uno de los más grandes honores de mi vida el haber podido en mi clase y en mi cargo, tomar parte en esta obra de salvación, y el haber trabajado en pleno acuerdo intelectual y moral con estos dos hombres de corazón: M. STRAUSS, cuya alma bienhechora ha sido tan justamente definida por esta divisa inscrita en el reverso de la medalla jubilar: «*civium condicionis, non sude anxius*», únicamente preocupado del interés de sus conciudadanos y no del suyo; BERGONIÉ, eminente físico, inteligencia de gran amplitud, que mortalmente lesionado por los rayos X que manejaba para la curación de sus semejantes, arma de doble filo que se volvió contra él, nos ha dado hasta su última hora un ejemplo de estoica firmeza y de cumplimiento inquebrantable del deber.

No puedo sin gran emoción evocar el recuerdo de la ceremonia trágica, en que, en el umbral de las tinieblas, marcado ya el rostro por los dedos de la muerte, apagada la voz, conducido en una camilla al anfiteatro de la Facultad, tuvo la energía suprema de levantarse para recibir del mariscal Petain, aquella gran cruz tan altamente merecida. Y oigo aún al gran caudillo, grave y pálido, declarar que nunca en el frente, al imponer las insignias de honor a heridos graves, había experimentado tan profunda turbación.

El principio que es la base de estas organizaciones, es el siguiente: *concentración de todas las competencias, de todos los recursos, de todas las investigaciones*. Hay que permanecer fiel a esta idea: si se dispersan las instalaciones, los presupuestos y los esfuerzos, no llegaremos a un buen resultado; la terapéutica y el estudio experimental del cáncer, están llenos de dificultades, exigen hombres de laboratorio, de una tecnicidad muy adelantada, curtidos en la investigación científica, clínicos de una experiencia acabada; medios materiales muy costosos, una coordinación constante de las investigaciones, una acción concertada, una comprobación rigurosamente crítica de los resultados.

Los jefes de la gran industria han dado al sabio moderno provechosas lecciones. En nuestros centros el esfuerzo del investigador no debe quedar aisla-

do: como en una fábrica, precisa una inteligencia concertada sobre los métodos y los objetivos de trabajo, una *tailorización* de la organización que evite las pérdidas de tiempo y el estéril comenzar de nuevo; una especialización de los obreros, y, al mismo tiempo, una agrupación disciplinada de los colaboradores; la guerra—es uno de sus raros beneficios—nos ha acostumbrado a este espíritu de equipo, pues cerca de las grandes universidades, se han constituido esos centros de tratamientos y de estudios que tienen en su jurisdicción una región bien circunscrita, un conjunto de departamentos ligados por la topografía, las relaciones, las comodidades de transporte, las tradiciones.

Así como lo decimos a propósito de los sueros y de las vacunas, expresándolo con una palabra mal construída, toda vez que se compone del griego y del latín, este centro es *polivalente*. Es a la vez un *sanatorio anticanceroso*, un *laboratorio de investigaciones*, un *foco de enseñanza*. La función esencial es el tratamiento; pero el centro vital del progreso, son los laboratorios de investigaciones, que desempeñan un papel capital asignado en la industria moderna, en los despachos y en los talleres de estudio. Una contabilidad rigurosa es necesaria como comprobación de los resultados, y nuestros respaldos atestados de fichas muy exactas, deben ser modelos de precisión. Como organismo de base, es preciso una sección de documentación donde se haga el escrutinio y la clasificación de los periódicos especiales del mundo entero, ya que debemos crear la *organización internacional* de estas investigaciones, de modo que los laboratorios de cada país hagan un intercambio recíproco de las experiencias realizadas, fijando los puntos adquiridos, proponiendo las ideas nuevas; desde ahora, disponemos de un repertorio precioso, el *índice analítico cancerológico* que resume y nos tiene al corriente de este movimiento mundial de los estudios cancerológicos. Suponed por un momento, dotados de un poder maravilloso de mirada universal y que podemos contemplar en la obra contra el cáncer la labor total de los laboratorios y de las salas de operadores. En todas partes veríamos equipos de investigadores dedicados a esta tarea. No es nada seguro que de los laboratorios de la vieja Europa salga la solución del problema. Quién sabe si será un americano, debido a la riqueza de sus recursos; un japonés, gracias a su tenacidad laboriosa; un brasileño o un argentino, por el modernismo de su cultura, el que conocerá la gloria de la certeza y la alegría embriagadora del descubrimiento.

Para seguir las direcciones imprevistas y nuevas de este problema, cada uno de nuestros centros puede, de un modo ilimitado, sacar de los marcos de la Universidad, todo el personal muy especializado que estas variaciones de programa harán necesario, lo que tiene la gran ventaja, preciosa para nuestros anémicos presupuestos, de no tolerar ninguna creación de una plaza de funcionario. Pues, en este asalto dado contra el cáncer, ¿quién puede prever en

qué punto nos será arrebatada la posición? Por esto tenemos necesidad de proveer cada uno de estos centros de todas las competencias, eventualmente útiles: no son sólo el cirujano, el físico, el anatómopatólogo, el químico, el bacteriólogo los que componen el estado mayor de estos centros de altos estudios; como lo preveía BASHFORD en su tercer informe de el *Imperial cancer research fund*, en presencia de la inmensa extensión del campo de exploración, es preciso, en estos centros, la asociación de preparadores muy instruídos en bio-química; un parasitólogo, hasta un botánico, ya que el cáncer de los vegetales ofrece analogías instructivas; un veterinario, ya que la patología animal constituye uno de los puntos más interesantes de la investigación, y otro hombre para vigilar la manutención de los animales mayores: caballos, monos antropoides, que verosímilmente irán al laboratorio siguiendo a las ratas y ratones, cuyos tumores son ahora estudiados a fondo y no pueden enseñarnos gran cosa. *Cuanto más se extiende el campo de la ciencia, tanto más provisto debe estar el sabio para explorarlo.*

II

En esta sencilla y breve charla, no voy a examinar más que los puntos de actualidad, e intentaré—ya que el conocimiento del porvenir no nos está prohibido—algunas anticipaciones.

Como esfuerzo actual a perseguir, el más decisivo, es, indudablemente, la *precocidad del diagnóstico*, con su corolarrio: la *precocidad del tratamiento*. Como *esperanza del porvenir*, el más deseable, es, no el de tratar el cáncer mismo desde un principio, sino el de *prevenirlo por una profilaxis esclarecida* sobre las causas de la afección. «Principiis obsta»: ataca el mal desde un principio. *Vale más prevenir que curar*. He aquí dos viejas fórmulas de la cordura de las Naciones que, desde hace siglos, circulan por el mundo; fórmulas de observación popular que, verdaderamente, nos admiran por la profundidad y la densidad de pensamiento que encierran, por el conjunto de experiencia humana que resumen, por las directivas de acción que nos aconsejan, aplicables en todo tiempo y a todos los males.

Prácticamente, para nuestros médicos y con el fin de quedar en los dominios positivos de los hechos, el objetivo *más inmediatamente realizable* de una organización anticancerosa, es la *propaganda intensiva, infatigable, para el diagnóstico precoz del cáncer*, en la fase circunscrita y curable del mal. Si más adelante *se alcanza este progreso, sólo bastará simplificar singularmente el problema*, poco importa que quedemos en la completa ignorancia de la causa del cáncer; sabemos que podemos curarlo, si lo atacamos en su etapa local. *En las tinieblas del cáncer, es ésta la sola luz que nos guía*. Enviadnos cánceres jóvenes, debutan-

tes; os entregaremos enfermos curados. *El tiempo, aquí, es la vida. Se trata de suprimir el foco inicial del cáncer en una fase tan precoz como sea posible, y de suprimirlo en su totalidad. A partir del momento en que la primera célula se ha cancerizado, el proceso, una vez soltado el resorte que lo detiene, sigue su marcha inexorable y la serie de sus progresos se desarrolla implacablemente. Es éste por oposición a las probabilidades de curación natural de otras enfermedades, el destino fatal del cáncer; es la noción de crecimiento ilimitado que los injertos experimentales, confirmando las pruebas clínicas, nos han demostrado desde el pequeño nódulo microscópico, imperceptible a nuestros sentidos, hasta el tumor generalizado, que la cadena de desarrollo es continua, con sus disminuciones o sus empujones según su forma clínica, pero con una fatalidad inexorable de crecimiento.*

En defecto, pues, de una solución *absoluta, integral, patogénica*, tenemos, por la precocidad del diagnóstico y del tratamiento, una solución *relativa, prácticamente eficaz, suficientemente arma* para la operación y las radiaciones. Y a nosotros pertenece desarrollar el valor. Desgraciadamente, ¡cuántos obstáculos debemos vencer en este progreso fundamental! ¡Cuántos prejuicios se levantan como un mar espeso, entre el enfermo y su salvación! En su principio y, por consiguiente, en su fase curable con más seguridad, el tumor canceroso se forma insidiosamente, en silencio, sin trastorno evidente, sin dolor. ¡El dolor! ¡Esta campana de alarma, esta advertencia que nos pone sobre aviso, el dolor, no aparece en la mayoría de los cánceres hasta que la hora de la cirugía ha pasado ya! Cuántas veces oímos esta respuesta cuando preguntamos por qué se ha tardado tanto en consultarnos: «Qué quiere usted, doctor, eso no me hacía daño y yo no creía que fuese peligroso». Es un hecho que confunde a los partidarios de las causas finales que elogian el dolor como uno de los medios de defensa dados al hombre contra el mal; ¡que seamos advertidos a la menor carie dentaria por un rabioso dolor de muelas y que el peor cáncer pueda llegar sin sufrimientos a un estado inoperable!

Para que semejante cruzada tenga éxito, son indispensables dos cosas: precisa un *plan lógico de acción educadora*, precisa *perseverar* en la propaganda. Un hecho demuestra claramente cuán necesaria es esta continuidad: está comprobado que durante el primer año que sigue a las distribuciones de folletos de vulgarización, el número de casos sometidos precozmente al cirujano aumenta considerablemente, pero este número decrece pronto si esta distribución no se renueva; la rutina lleva de nuevo la ventaja y los prácticos reinciden en sus antiguos procedimientos. Es la ley común de todas las publicidades: sólo valen por su repetición. Napoleón tenía razón al decir: «De todas las figuras de retórica, la más fuerte es la repetición». Es preciso hacer esta educación popular, por medio de artículos en los periódicos, en las revistas, para las

personas instruídas; por medio de folletos, de circulares muy breves, pero muy categóricas, distribuídas entre el público no instruído. Es la réplica obligada a todos los anuncios que se leen en la cuarta página de los periódicos y que apartan al enfermo del consejo autorizado y le hacen pasar la hora de la buena operación.

El estudio de una serie de cánceres incurables, me ha enseñado, que, si la culpa es en algunos casos de la enfermedad, que estaba *oculta y latente*, (éste es desgraciadamente el hecho de los cánceres del estómago, los más temibles por ser los más numerosos), otras veces el examen médico no fué suficientemente profundizado; con todo, los enfermos son siempre responsables, por ignorantes, pusilánimes y descuidados. Consultando demasiado tarde, la mayoría de los enfermos «se matan deliberadamente como si se echasen por la ventana de un quinto piso» como decía con gracia el cirujano inglés EVANS.

Pero, hasta nosotros, los médicos, tenemos el deber de reformar en lo sucesivo nuestras reglas de examen: a nosotros incumbe descubrir los cánceres viscerales, ocultos y latentes, y aumentar, por consiguiente, su operabilidad. He aquí cifras que merecen meditarse: sobre 100 cánceres del pecho presentados a nuestra visita, encontramos 70 que son operables; sobre 100 cánceres del estómago, la proporción de los operados no pasa de 5. Esto significa que el cáncer gástrico sólo nos llega cuando ha llegado a la fase cuyas lesiones sobrepasan la acción quirúrgica. Por lo que se refiere al cáncer del útero, mientras las mujeres inmediatamente examinadas dan un tanteo de operabilidad que puede llegar al 55 %, esta cifra de los cánceres operables baja a menos de un 20 % para las cancerosas cuyo examen se ha retardado. ¡Cuan frecuentemente vemos llegar con fase inoperable a enfermos desgraciados atacados de cáncer del intestino, que han ido a Châtel Guyon o a Plombières, cuántos cánceres gástricos agravados después de una cura en Vichy, cuántos cánceres del recto tratados durante largo tiempo como simples hemorroides!

Los maestros deben entonar también su *mea culpa*: nuestros libros no son hasta ahora, de una dirección lo suficientemente precisa; los clásicos conceden demasiada importancia a los signos físicos de los períodos avanzados, y, sobre este punto, he probado siempre de reaccionar, sobre todo en lo que se refiere al cáncer del cuello uterino. He colaborado también con HARTMANN en la redacción de notas clínicas para el practicante, sobre el diagnóstico precoz de los diferentes cánceres. Estas lesiones avanzadas y extendidas, estas infiltraciones del parametrio, estas ulceraciones crateriformes, son de diagnóstico evidente, pero sin valor terapéutico práctico; semejantes cánceres han dejado de ser quirúrgicos y estos diagnósticos no son más que una meditación sobre la muerte inevitable. Aquí precisa, pues, una reforma de nuestras lecciones de semeiología práctica y de nuestras descripciones clínicas.

El fin de la guerra ha marcado una importante etapa en la historia de la medicina contemporánea: estos cinco años trágicos son un gran corte en nuestras ideas habituales y en nuestras rutinas; hemos abordado de nuevo los problemas principales con una nueva visión más libre; hemos comprendido que el estudio de las *enfermedades que evolucionan* y de sus *formas terminales*, había dado de sí todo lo que podía y no debíamos abordar ahora las enfermedades *incipientes*, las lesiones en su estado naciente, como dicen los químicos.

En efecto, lo que el práctico debe conocer y descubrir, son los principios insidiosos del cáncer, el aspecto sencillo y benigno de las lesiones erosivas iniciales, la mediocridad a menudo latente de los síntomas. El médico debe sobre todo sospechar de toda hemorragia irregular: en los tres cánceres de la vejiga, del útero, del intestino, ¡qué excelente signo de alarma es la hemorragia patente o microscópica, por los tres orificios, uretra, vulva, ano! Sospechemos de este enflaquecimiento inexplicable, después de la cincuentena, lo que yo llamo *el signo del cuello postizo*, demasiado ancho, o de la cintura del pantalón demasiado amplia. Queremos adelantar incluso este estadio de la canceración inicial y tratar el *precáncer*, es decir, la etapa intermediaria entre la lesión benigna y su evolución hacia la malignidad: por ejemplo, en el cáncer del cuello, el paso de la erosión mamelonada hacia el adenocarcinoma papilar; para la piel, las disqueratosis; para las mucosas, las leucoplasias.

Nos anticipamos, pues, acerca de los resultados y suponemos que por el progreso de la educación popular y gracias a la precocidad del diagnóstico, se ha transformado favorablemente el cuadro de entradas en los nosocomios. Estamos aún lejos de este resultado, y los enfermos que entran continúan siendo en su gran mayoría inoperables. Se puede prever, por otra parte, *que no son los centros los que beneficiarán más de esta mejora del diagnóstico*: su triste clientela de cancerosos avanzados se mantendrá, y los médicos ejercitantes serán los que beneficiarán realmente de este progreso. Admitamos con optimismo que hayamos llegado a reducir el grupo fúnebre de los casos incurables, o a los que sólo se les puede dar un tratamiento paliativo y que no sólo son incurables, sino condenados a morir en breve plazo. La proporción será entonces invertida y la cifra de cánceres operables considerablemente aumentada. Consiguientemente, una proposición se plantea, muy actual y solucionada diferentemente por los *radiólogos* y por los *cirujanos*: *¿vale más operar? ¿O tratar por medio de radiaciones? ¿O combinar en cierto orden estos medios?*

Tomemos por ejemplo el cáncer del cuello del útero. Examinemos el grupo de los casos *buenos para la operación*: no son más que una minoría que responde apenas al quinto de los casos. Pero, vendrá seguramente un día, en que, bajo la acción de la educación popular, metódica y obstinada, esta categoría de casos favorables tendrá la ma-

yoría. Pues bien, desde ahora se plantea esta pregunta: estos casos operables, ¿debemos continuar contiéndolos al cirujano, o conviene más tratarlos por el radio, combinado, si hay necesidad, con los rayos X? Persisto en creer que en estos casos favorables, que con un pequeño peligro de mortalidad operatoria nos dan una proporción considerable de curaciones definitivas, o sobrepasan al menos el quinto año, nosotros, los cirujanos, tenemos el derecho de conservar a la histerectomía, amplia y bien ejecutada, el paso sobre las radiaciones. Esta fórmula es, pero, provisional e inestable. Con la maravillosa evolución de las ciencias físicas, la posición puede invertirse. Las estadísticas más recientes (las de SCHÄFER, DODERLEIN y de BEUTTNER) registran ya bajo la acción del radio, un porcentaje de curación para los casos operables que es del 40 al 47%. ¡He aquí como se aproximan a las cifras medias de curación por el bisturí! Este último porcentaje guarda aún la superioridad para las formas de cáncer radio-resistentes, para los cánceres complicados de anexitis; sus curaciones, a mi parecer, tienen la ventaja de ser más duraderas: después del tercer año de supervivencia, he observado más recidivas tardías entre los casos tratados por la radioterapia que entre los operados. Tengo finalmente la impresión de que los cánceres curados en apariencia por el radio, pero reincidentes, reservan a la enferma un final de vida más cruelmente doloroso que después de la operación. Lo cual no impide que entre el bisturí y el radio la competencia sea cada día más estrecha. Hoy la cirugía lleva aún ventaja; mañana será la curieterapia que prevalecerá, ya que el progreso técnico debe esperarse más bien del lado de las radiaciones que del de la operación, que ha llegado a su punto definitivo. Renunciaremos con amargura ciertamente, a esta hermosa operación, la histerectomía amplia, de una técnica perfecta, de una ejecución tan metódica, y es con pesar que la veremos dejar nuestras salas de operaciones en el momento en que ha alcanzado la cumbre de la precisión. Pero, ¡ante todo, está la salvación del enfermo! Cuando el suero de Roux, por un prodigioso progreso borró de nuestro campo de acción la operación, a menudo dramática, de la traqueotomía para el crup, rendimos las armas con júbilo y sin pensar más que en ese término de las angustias maternales.

III

Voy a discutir un segundo punto muy interesante, pero aún muy incierto: ¿es posible desde ahora componer un programa de *profilaxis del cáncer*? Este es prácticamente el objetivo que, a mi parecer, solicita nuestro esfuerzo más intensivo. Hasta el momento, confesémoslo, nuestro balance científico es mediocre, a pesar de que recientes investigaciones hayan acumulado estadísticas sobre las condiciones de aparición y de difusión de las enfermedades cancerosas en los seres vivientes y en la especie humana.

Pensad, por ejemplo, con respeto y gratitud, el trabajo enorme representado por el importante volumen de más de 300 páginas que dos de nuestros eminentes colegas, los profesores NICÉFORO (de Nápoles) y PITTARD (de Ginebra) han presentado al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, sobre esta cuestión, que no es más que uno de los fragmentos de esta inmensa investigación estadística: *las relaciones conjeturadas entre el cáncer y la raza*. ¡Medid aún cuántas investigaciones documentales de HOFFMANN para componer este magnífico libro de más de 800 páginas *sobre la mortalidad cancerosa en el mundo entero*! Sin duda, los autores de estos importantes trabajos estadísticos son los primeros en reconocer sus lagunas, sus discordancias, sus contradicciones; pero, apesar de estas insuficiencias, el *método numérico* no es el único medio para precisar las causas que predisponen al cáncer: la raza, el sexo, la edad, la herencia, el hábito, la alimentación y la constitución. Tenemos derecho a esperar que estas relaciones estadísticas, incompletas, darán como resultado, como piensan NICÉFORO y PITTARD, el estímulo de nuevos esfuerzos para llenar estas lagunas. La obra de los centros anticancerosos, de las asociaciones nacionales de estudios del cáncer, de los congresos internacionales, será levantar cada vez con más exactitud este balance: encontraremos allí nuestras más seguras indicaciones de preservación: y aquí, *la profilaxis importa tanto y más que la terapéutica*, ya que por precoz que sea en el porvenir el descubrimiento del cáncer, no suprimiremos nunca la triste categoría de los incurables; serán como los pobres del Evangelio: siempre tendremos algunos entre nosotros, porque a pesar de todo progreso clínico, habrá siempre casos *latentes o tardíamente revelados*, como los cánceres del estómago y del intestino, *cánceres intensamente linfotropos*, con grandes y distantes adenopatías precoces, casos *inoperables por inaccesibilidad*; y a pesar de todo progreso terapéutico, habrá siempre casos de una *extremada malignidad*, «*d'emblée*» recidivando y generalizándose por más que nosotros hagamos.

Vale más *prevenir que curar*. He aquí la tendencia y la superioridad de la medicina moderna. Somos los contemporáneos de una época excepcional que, probablemente, habrá visto las más inesperadas realizaciones del espíritu humano. Dejemos que los pesimistas se lamenten de las miserias de hogaño. Y consideremos con gratitud los progresos decisivos que hemos realizado por la protección de la vida humana contra los azotes que la diezman. Unicamente, el cruel tributo que el cáncer recauda de la humanidad, como una fatalidad misteriosa, continúa pesando en nuestra especie. A pesar de las mejoras sociales, a pesar del saneamiento de nuestras ciudades, de las condiciones modernas de la vida salutar (bien prueba esto que la higiene general no influye en la causa del cáncer) las cifras de mortalidad cancerosa no disminuyen nunca.

Al contrario, hasta parece que crecen. Pero yo pienso que este aumento es sólo *relativo*, y se acusa

precisamente por el contraste entre la permanencia de esta causa de muerte y la reducción de las otras afecciones. Creo también, que los progresos de la higiene, al alargar la vida humana, acrecentan, por lo mismo, los peligros de mortalidad cancerosa, ya que el cáncer es una enfermedad que amenaza particularmente nuestra segunda mitad de vida, después de la cuarentena; es el temible rescate que paga el progreso moderno de la longevidad humana. En el año 1928, no corremos sensiblemente más peligro de volvernos cancerosos que nuestros antepasados de 1828. Entre las cantidades indicadas por MENETRIER, hace dos años, y las que formuló BAYLE hace 12 años, la distancia numérica es mediocre. En la hora actual, cuando os encontráis con un convoy fúnebre de un adulto, hay una probabilidad sobre 10 de que sea a una víctima del cáncer la que saludáis. En 1839, BAYLE decía que en París, sobre siete individuos que mueren después de haber cumplido la veintena, hay una que sucumbe de una enfermedad cancerosa.

Es un error, es un peligro hacer declaraciones alarmantes en lo que se refiere al acrecentamiento del cáncer en general. Esto expone a crear en el público un estado de cancerofobia. La mortalidad por cánceres del útero, del ovario, del hígado, de la vesícula biliar, de la lengua, de la cara, del pecho, a mi parecer no se ha movido. Otros cánceres, los de las vías urinarias, de la laringe, del esófago, cuya exploración ha realizado recientes progresos, son en aumento relativo, porque se diagnostican más a menudo. Sin embargo, un cáncer me parece en vía de acrecentamiento después de la guerra; el del estómago. He quedado sorprendido cuando al hacer el recuento de los casos de cánceres señalados en nuestro ejército, durante la guerra, he comprobado que representaba la mitad de los casos observados. Para todo clínico, está fuera de duda que este cáncer progresa; las infracciones a la higiene alimenticia que son el resultado de las perturbaciones económicas de esta trágica época, son los responsables.

Mientras no conozcamos la causa del cáncer, no podremos oponer ninguna *profilaxis racional*. Pero, hasta ahora, poco sabemos de sus causas eficientes. Es el honor y la probidad de la ciencia el declarar hasta donde llega su sabiduría y confesar a donde no alcanza. He compulsado muy concienzudamente este enorme legajo, acumulado por la observación de todos los investigadores sobre las condiciones etiológicas, y de la aparición y la propagación del cáncer en la especie humana. El período contemporáneo ha visto realizarse en este aspecto algunos estudios estadísticos y demográficos muy laboriosos. Bien se sabe que el conocimiento del agente causal nos escapa; pero, en su defecto, podría esperarse que la determinación de las condiciones locales y generales que permiten a la enfermedad nacer y desarrollarse, podría, desde el punto de vista de la profilaxis, darnos indicaciones apropiadas para reducir el peligro de las lesiones cancerosas. Luego, de toda esta documentación antropológica y social muy compacta, sólo podemos sacar como guía algunos datos, lo mismo que

de una masa muy voluminosa de mineral radio-activo sólo se extrae una partícula de radio, lo cual no impide, que estos trabajos hayan empezado a despejar el terreno, a eliminar los grandes errores y a orientar las investigaciones futuras: el progreso humano es el premio de un esfuerzo continuo cuya solución no será en este caso un milagro, un descubrimiento mágico, sino la resultante de estudios acumulados, de conocimientos y de realizaciones sucesivas hasta la ascensión final.

El único dato bastante cierto para deducir algunos preceptos aplicables a la profilaxis, es el que se refiere al importante papel de las *irritaciones locales de larga duración* en la génesis de algunos cánceres. Los pequeños traumatismos locales, continuos, adicionados (como la gota de agua que gasta la piedra) tienen indiscutiblemente en la aparición de los neoplasmas un papel de primer orden. La relación del cáncer con las irritaciones químicas, conocida desde hace mucho tiempo, toma en la actualidad,—con la demostración experimental de una influencia cancerígena del carbón y de sus derivados como son el alquitrán y la parafina, y con la observación clínica de los cánceres profesionales, — una importancia profiláctica de verdadero valor práctico.

¡Los cánceres profesionales! ¿Hay alguien que que cuente tan doloroso martirologio como el de nuestros colegas, víctimas de los rayos X? ¿Puede alguien dar una prueba más demostrativa de la eficacia de la profilaxis? Nuestros radiólogos saben prevenirse ahora contra el cáncer de las radiaciones. Pero, ¿cuántos no han pagado con su vida el desconocimiento de estas reglas preservadoras! Un amigo mío a quién tenía el dolor de ver recorrer las estaciones de este vía-cruce del cáncer roöntgen, y a quien había yo amputado sucesivamente varios dedos y desarticulado luego un hombro, me decía, al morir: «Ved, querido amigo, fuimos al comienzo unos temerarios y unos imprudentes; nos exponíamos a los rayos con inútil valentía, tal como nuestros *poilus*, al principio de la guerra, cargaban con locura sobre los refugios de hormigón, repletos de ametralladoras».

El cáncer de los embreadores, de los parafinadores, de los tejedores de algodón, de los refinadores de petróleo, requiere prescripciones de higiene profesional que deberían ser objeto de medidas legislativas como lo son en Inglaterra: establecimientos públicos de baños- duchas; limpieza rigurosa de la piel; cambio de ropas; visitas médicas periódicas, vigilando la aparición de la dermatitis y de las verrugas papilomatosas que preceden a la aparición del cáncer declarado. En la hora actual, en que se generaliza el empleo del alquitrán en el afirmado de las vías públicas, este reglamento se impone. ¿Se preocupa alguien de ello?

La boca es, sobre todo en el hombre, el lugar de elección de los cánceres de gran malignidad. Contribuye a su aparición, un conjunto de causas etiológicas: ante todo, el mal estado de los dientes, de los raigones puntiagudos que hieren la lengua, el contacto ardiente de la pipa o de la boquilla en los grandes fumadores, las lesiones crónicas de la mucosa,

que engendra la sífilis; POIRIER, decía que se podría dar al cáncer de la lengua el nombre de *cáncer de los fumadores sífilíticos*. Cuidad vuestros dientes, haced suprimir los raigones, haced comprobar vuestros puentes mal colocados o vuestra dentadura mal ajustada: la dentición es lo que desempeña el papel más importante en la profilaxis. Si sois un fumador impenitente, evitad la acción del ardor de la pipa de tubo corto, del bien llamado «quema-gargantas», y de la colilla del cigarro que se consume en la comisura de los labios. Si tenéis antecedentes específicos, no descuidéis el tratamiento, aunque actualmente el papel de la sífilis bucal como generatriz del cáncer sea discutido: ROUSSY y BERTILLON acaban de presentar sobre este tema una estadística contraria al dogma clásico; han encontrado en los cancerosos de la boca, Wassermans negativos en tan gran número como los positivos; esto nos parece exacto para la faringe y el cavum, pero muy discutible para las zonas mucosas sujetas a la leucoplasia, labios, lengua, mejillas y bóveda bucal, en las cuales la influencia preparatoria de la sífilis no es dudosa.

El precáncer, es decir, las lesiones que están en la fase que precede a la transformación del cáncer merece una terapéutica preventiva y, por lo menos, una observación atenta, que la biopsia (o estudio histológico de una muestra obtenida) debe precisar, si se acentúa la gravedad. Ancianos, no miréis como descuidable la grasa senil de la cara, con sus manchas amarillentas secas, sus placas costrosas de un amarillo-moreno, sus relieves verrugosos; todo esto puede convertirse en simiente de cáncer. Las personas de edad deben tener un celoso cuidado de su piel, tanto como las clientes de los Institutos de Belleza.

A pesar de su gracioso nombre de pecas (*grains de beauté*, en francés) tened cuidado con estos nevi pigmentarios, estas pequeñas verrugas negruzcas, que en algunos individuos, se observan en diversos puntos de la superficie cutánea. No se trata, sin duda, de operarlas preventivamente; incluso puede ser peligroso tocarlas o aplicarles cáusticos: sabemos de algunas terribles historias de generalización que han seguido a traumatismos accidentales o a operaciones incompletas. La peca evoluciona entonces de un modo fulminante, bajo el aspecto del cáncer negro. Pero, si un nevus pigmentario, sometido a una irritación crónica, crece rápidamente, tiende a ulcerarse o a hacerse doloroso, hay que temer su transformación maligna y arrancarlo ampliamente.

Será también prevenir el riesgo del cáncer del cuello uterino el cuidar una metritis crónica, con erosión vegetante. Una profilaxis eficaz contra el cáncer del estómago es tratar la úlcera gástrica, expuesta a la cancerización; el operar la calculosis biliar es también atender al peligro del cáncer de la vesícula del hígado. Medida prudente será el arrancar a tiempo un adenoma benigno del pecho. Todo esto es verdadera profilaxis del cáncer.

Si existiese en alguna parte del mundo una tierra privilegiada, libre de este azote, sería ello un conocimiento importante, no porque se la aconsejase como

residencia ideal, sino porque se podrían encontrar, en las condiciones de vida de este favorecido pueblo, indicaciones de régimen, que nos guiarían en nuestros ensayos de medicina preventiva del cáncer. Pero el cáncer se encuentra en todas partes; en cualquier punto del globo en que se haya refugiado el hombre, allí vuelve a encontrarlo, como en todas partes, encontraba Caín el ojo de Dios. Sin duda, hay variaciones cuantitativas del mal según las razas humanas, variaciones, pues, de receptividad; y la voluminosa memoria de NICÉFORO y PITTARD señala la predisposición de la raza nórdica. Pero el mal se caracteriza por su ubicuidad. Incluso entre los pueblos primitivos, de los trópicos a los polos, se ha extendido el cáncer, y el hermoso estudio del gran sabio danés, el profesor FIBIGER (de Copenhague), el maestro en cancerología cuya pérdida prematura comentamos, demuestra que, en los distritos helados de la Groenlandia, en aquel vasto territorio de más de cien mil kilómetros cuadrados, donde no viven más que trece mil seres humanos, el cáncer, especialmente, localizado en la piel y en la parótida, se muestra con una frecuencia tan grande como en Dinamarca.

«Doctor! ¿Es hereditario el cáncer? ¿Doctor! ¿Es contagioso? He aquí dos preguntas que nos hacen a menudo los que rodean al enfermo, pues el egoísmo humano no pierde nunca sus derechos.—*Hereditario*, esto no debe entrar en nuestros temores; pero la herencia me parece seguramente un factor de agravación de la malignidad y de aparición precoz del cáncer, y es ésta una razón para que aquellos que cuentan cancerosos entre sus ascendientes redoblen la precaución en la consulta rápida con motivo de una señal sospechosa.—*Contagioso*, no lo es a la manera de las enfermedades infecciosas. Hay casos de transmisión directa, como el lamentable accidente ocurrido el año último al joven interno de los hospitales de París, HENRY VATON, que sucumbió a consecuencia de un pinchazo que se hizo al ser operada una mujer de un cáncer en el pecho. Pero, estos casos son raros; y ello es una gracia del cielo para las enfermeras, enfermeros y cirujanos que cuidan a estos enfermos. Hay, ciertamente, precauciones que tomar, cuando el cáncer, ulcerado, da lugar a secreciones fétidas; hay el apartamiento de la lencería, destrucción de las piezas de curación, una desinfección del local después del fallecimiento, que son prudentes medidas de saneamiento. Pero no hay, con fines de higiene, que crear en torno de esas pobres gentes, una atmósfera de temor egoísta del contagio.—Lo que hay que estudiar son los focos de cáncer, *las casas de cáncer*. Hay en esto una investigación a hacer; he recogido algunos casos impresionantes, pero el problema está tan complicado con datos secundarios, que conservo la duda científica. Si ese agrupamiento de casos cancerosos en foco quedase demostrado, sería necesario tomar, con respecto a esos locales gravemente insalubres, severas medidas higiénicas. Pero con alarmar sin prueba decisiva, como objetaba el año último mi amigo DELBET a la comunicación de M. DE COULON sobre la repartición

de casos de cáncer en dos ciudades de la Suiza romana sería arriesgarse a hacerse demandar por los propietarios de las casas incriminadas y puestas en el índice.

Actuar sobre el terreno para modificarlo, puesto que la noción del agente causal nos escapa, he aquí una medida de profilaxia muy lógica. Desgraciadamente, *no sabemos aún cómo podemos provocar estas mutaciones orgánicas*, y según qué indicaciones. Decimos: el cáncer tiene una especial predilección por los artríticos; pero nos vemos muy trabados para definir el estado humoral exacto que caracteriza al artritismo. No hay como los novelistas para resolver categóricamente la cuestión; BARBUSE, en su libro duramente realista: «El Infierno», no vacila en formular: «el cáncer es el producto incoherente de la acumulación del glicógeno en un artrítico adulto, debilitado y exento de fiebre». Nosotros, decimos más: el cáncer depende, en parte, de los trastornos de la nutrición, de alteraciones humorales, de perturbaciones de las secreciones endocrinas, de defectuosidades del régimen alimenticio. Todas estas afirmaciones reciben de la clínica una confirmación parcial. Por otra parte, FIBIGER y ROUSSY, nos han demostrado experimentalmente el papel del terreno y la importante diferencia que existe en el estado de receptividad de los animales de una misma especie. Y nosotros, montpellienses, que hemos mantenido siempre el dogma de las diátesis, y sostenido en nombre de la clínica el papel de los vicios humorales, no podemos dejar de mirar con favor y satisfacción este retorno a nuestras viejas concepciones, que SLOUSSE y REDING, en Bélgica, acaban de renovar experimentalmente. Leemos con agrado fórmulas como las de BANG: «El cáncer está siempre constituido biológicamente antes de serlo histológicamente». Precisa, pues, establecer una distinción. Hay en los cancerosos los *vicios humorales secundarios*, los de la caquexia, los que la misma evolución de la enfermedad engendra, y a los cuales se aplica el aforismo luminoso de aquel poderoso genio, Paracelso: «humores a morbis sunt, non morbi ab humoribus». Pero hay también las condiciones humorales *predisponentes, favorecedoras*, que hasta ahora nos escapan. Me parece que las investigaciones de GYÉ, han sido juzgadas con excesiva severidad; aportan por lo menos una idea nueva, a la que me adhiero plenamente: y es, que para desarrollar un cáncer, no basta un virus, es necesario que este virus encuentre células puestas previamente en estado de receptividad, y que le suministren la indispensable substancia química sensibilizadora. Ahí está tal vez la clave del problema patogénico del cáncer. El agente virulento del cáncer, es, probablemente ubicuo, pero no puede ser efectivo si no halla un grupo celular sensibilizado.

Pero, en la práctica, la dificultad es modificar *con un fin profiláctico* estos desórdenes humorales cancerosos. Pensábamos antes, que la alimentación demasiado cargada de carne era una de las causas del cáncer; pero los pueblos vegetarianos no están exen-

tos de él, y entre los recientes documentos, el informe publicado en 1926 por el ministerio inglés de sanidad, sobre la mortalidad cancerosa comparada, entre ciertas órdenes religiosas sometidas a reglas alimenticias variables, demuestra que el cáncer hiere tanto a los cartujos, a quienes está prohibida toda carne, como a las órdenes que gozan de este punto de tolerancia. He aquí por otra parte a DELBET, quien en su último libro pregunta si no sería cuerdo no abusar de las legumbres, puesto que los vegetales contienen mucho más potasio que los alimentos animales, y ya es sabido que el potasio parece desempeñar un papel patogénico en el cáncer.

No deja de ser verdad que la vida sencilla y frugal disminuye las probabilidades de contraer el cáncer. Como dice BAINBRIDGE, «no es en los cuchitriles de Whitechapel donde la mortalidad cancerosa es mayor, sino en Hamstead, el barrio rico, de casas suntuosas, rodeado de jardines particulares». Puede sostenerse con gran probabilidad la siguiente tesis: el cáncer es una enfermedad de la civilización. Y unos de los mejores maestros moptellierenses, RISUEÑO DE AMADOR, decía con razón: «me permito creer que el estado de civilización tiene también sus enfermedades propias». Y añadía, que apenas hacemos más que cambiar de azotes y mudar estados mórbidos diferentes, así como en sociología no hacemos más que cambiar los inconvenientes de los regímenes por nuestras soluciones políticas sucesivas.

Vivir con sencillez; vivir sobriamente; vivir lejos de las agitaciones y de las emociones; (pues atribuyo un gran valor preparatorio a las afecciones tristes y deprimentes), he aquí un programa que vale, a fe mía, más que todas las drogas preventivas. Desde que DUBARD, demostró la rareza de los cánceres en los países dolomíticos, la magnesia está de moda: yo la prescribo sin gran confianza y a falta de medicamentos más precisos. El estreñimiento y el éxtasis intestinal deben evitarse. Los parásitos intestinales, cuyo papel en la génesis del cáncer experimental, está demostrado por las investigaciones de BORREL y de FIBIGER, deben combatirse. Acaso, uno de los errores de la medicina moderna, es el desdén que hemos demostrado para con los vermífugos, favoritos de nuestros predecesores. Los trastornos endocrinos no carecen de influencia en la preparación del terreno de receptividad; y hay en las prácticas de BARONAKI, de LÉRICHE, indicaciones que no deben desecharse sin comprobación; al declinar la vida sexual, la medicación ovárica u orquítea no carece de valor.

Y esto es casi todo por ahora: en el porvenir, la química nos proporcionará, hay que esperar, mejores medios para enmendar el terreno orgánico; es una perspectiva hecha para seducirnos, a nosotros, moptellierenses, cuyos antepasados introdujeron tiempo atrás, en la medicina, los remedios químicos, en pro y en contra la resistencia reaccionaria de la Escuela de París.

IV

Una palabra para terminar. El grave problema

ante el cual nos hallamos, no es tan sólo de orden intelectual; es también de orden moral. «Desdichado conocimiento el que no se trueca en amor» dijo genialmente BOSSUET. ¡Desdichados los hombres de ciencia que se encierran en su dominio intelectual, y que no descienden nunca de su torre de marfil! Recuerden la palabra célebre de nuestro gran PASTEUR, cuyo corazón de sabio, estaba siempre atormentado por la preocupación de aliviar los males del prójimo: «sería muy bueno y muy útil, decía, el interesar al corazón en el progreso de las ciencias». Mediten sobre este profundo pensamiento de PASCAL; el que el gran filósofo llevaba cosido en el forro de su jubón: «el corazón es superior a la razón».

¡Hay en los cánceres tanta miseria, su fin es a menudo tan doloroso! Cuando les hemos dado todo nuestro auxilio técnico, todo el esfuerzo de nuestra investigación científica, no hemos aún cumplido nuestro deber para con ellos. Les debemos también la asistencia moral, a saber: la caridad de corazón que duplica tan preciosamente nuestros cuidados médicos. En este terreno de piedad activa y de profunda solidaridad humana, nosotros que conocemos el alto valor moral de vuestra raza, estamos muy seguros de encontrarnos en perfecto acuerdo de pensamiento y de acción con todos los médicos de la noble Cataluña.

El Prof. Ludwig ASCHOFF

Hace pocos días, muy pocos para que no perdure la idea de que todavía se halla entre nosotros, visitó nuestra ciudad el eminente hombre de ciencia doctor Ludwig ASCHOFF. Antes de otros comentarios haremos un breve resumen de su vida científica, que a nuestro juicio constituirá por sí solo el mejor prólogo.

El Dr. ASCHOFF, nació en Berlín en 10 de Enero de 1866. Hijo de un eminente médico práctico, el también Dr. Ludwig ASCHOFF, no es raro que sus aficiones se dirigiesen en el sentido en que su antecesor desarrollara su actividad.

Comenzó sus estudios de bachillerato en el Instituto de Askan de Berlín, del que salió en 1887 para comenzar brillantemente los de Medicina en las Universidades de Bona, Berlín, y Estrasburgo, 1887-1890. En seguida orientó sus investigaciones esencialmente hacia una rama de la Medicina, la Anatomía Patológica, que probablemente durante los estudios le causara mayor interés, así le vemos primero de Médico asistente en el Instituto Patológico de Estrasburgo, que en aquella época dirigía el sabio profesor RECKLINGHAUSEN, hasta el año 1893, en que se trasladó a Göttingen, para proseguir estudiando en el Instituto Patológico, al frente del cual se encontraba ORTH, figura harto conocida de todos por sus relevantes méritos.