

not complete: a Wassermann; if positive, an antiluetic treatment and if not, a biopsy.

Radiotherapy associated to iodid gave excellent results in one of the cases.

ZUSAMMENFASSUNG

Die chronischen, entzündbaren Anschwellungen der Ohrspeicheldrüsen können in spezifische (Aktinomykose, Syphilis & Tuberkulose) und solche die nicht spezifische sind, eingeteilt werden. Der Verfasser darstellt vier Fälle, von denen zwei als Syphilis der Ohrspeicheldrüsen, und die anderen als chronische Anschwellung, nicht spezifische, von unbekannter Ursache, erkannt wurden. Der Verfasser ist dafür, stets mit einer Verabreichung von täglich 6-8 Gramm Jodkali anzufangen, und falls die Heilung nicht vollständig erfolgt, die Wassermannsche Reaktion vorzunehmen. Fällt diese positiv aus, so erfolgt antisiphilitische Behandlung, und im gegenteiligen Falle, Biopsie.

In einem der genaunten Fälle, gab die Verbindung von Radiotherapie mit der Jodbehandlung sehr gutes Resultat.

PRÁCTICA MÉDICA

DIAGNÓSTICO DE LOS GRANDES HIGADOS

por el doctor

L. RIMBAUD

Profesor numerario de la Facultad de Medicina de Montpellier

El diagnóstico de los hígados grandes supone la respuesta a dos preguntas :

- 1.ª ¿El hígado es grande?
- 2.ª ¿Por qué es grande?

Problemas de gran práctica y cuyas soluciones son a menudo dadas a la ligera o dejadas en suspenso.

Nuestro propósito es solamente dar aquí algunas nociones sencillas y clínicas, susceptibles de ayudar a su resolución.

I.—¿EL HIGADO ES GRANDE?

1.º EXPLORACIÓN FÍSICA.

a) *Palpación*.—Para apreciar el volumen del hígado y poder afirmar que hay hepatomegalia, el procedimiento de elección es, indiscutiblemente, la *palpación*.

La percusión y la exploración radiológica nos proporcionarán algunos datos complementarios, pero para juzgar acerca del aumento de volumen del hígado, nada vale tanto como una mano bien aplicada sobre el abdomen.

Para esto, el enfermo debe estar acostado y la pared abdominal en el mayor grado posible de relajación muscular. El abdomen y toda la base del tórax estarán enteramente al descubierto.

Una *inspección* rápida permite constatar, en las

fuertes hipertrofias del hígado, un abombamiento del hipocondrio derecho con ensanchamiento de la parte anterior del hemitórax derecho y aún, a veces, una distensión de toda la región subumbilical.

La *palpación* revelará bastante fácilmente la hepatomegalia, por ligera que sea. Los procedimientos de palpación del hígado son numerosos: GLÉNARD, MATHIEU, CHAUFFARD, GIBERT.

Mi método personal es el siguiente :

Colocado a la derecha del enfermo, se pone la mano derecha, plana, sobre el hipocondrio derecho, quedando el borde cubital de la mano paralelo, o poco menos, al borde inferior de la caja torácica. Se ejerce una presión suave sobre la región, que en estado normal se deja deprimir sin esfuerzo.

Si el hígado es grande, se nota en seguida una resistencia y se hace descender la mano hasta que aquélla haya cedido.

Entonces, se corre lentamente la mano hacia arriba y el borde cubital o, más exactamente, el borde externo del índice derecho en toda su extensión, percibe en este movimiento ascendente el reborde hepático que viene a oponérsele. En este momento, si se imprimen pequeños choques de abajo arriba y si la pared abdominal está en buen estado de relajación, el límite inferior del hígado es seguido perfectamente.

En los individuos con poca grasa, la palpación se hace con una sola mano. En aquellos con una mayor adiposidad, con paredes resistentes, podemos ayudarnos con la mano izquierda, cuyos dedos doblados en forma de gancho, buscan el borde del hígado allí donde no alcanza la mano derecha ; también la mano izquierda puede ser deslizada debajo de la región lumbar derecha y probar de rechazar hacia adelante el hígado, que si está aumentado de volumen se pone más fácilmente, con esta maniobra, en contacto con la mano abdominal.

Cuando el volumen del hígado es normal (peso 1'500 gr. alrededor) y no hay ptosis, se halla enteramente cubierto por las costillas y no es palpable por lo común. Sin embargo, cuando el sujeto hace una inspiración profunda, el órgano descende y sobresale del reborde costal, pudiendo palparlo la mano derecha.

Si hay hepatomegalia, el borde inferior del hígado es precisado desde luego por la mano abdominal que puede seguirlo, probar su resistencia, fijar su dirección, sentir sus irregularidades, sus abultamientos, sus depresiones.

En cierto modo, la importancia de la hepatomegalia es evaluada por la distancia que separa el reborde hepático del reborde costal, medida groseramente por traveses de dedo, o de un modo más preciso en centímetros. Luego, por la palpación bimanual, se aprecia la extensión transversal del hígado. Cuando la hepatomegalia es muy considerable (3, 4 y 5 kilogramos), el hígado descende por debajo del ombligo hasta la fosa iliaca derecha y en ocasiones su masa ocupa enteramente el abdomen.

b) *Percusión.* — Los informes obtenidos con la percusión son infinitamente menos importantes. Sin embargo, ella, únicamente, permite fijar los límites superiores del hígado: la matidez hepática alcanza, en la línea mamelona, hasta la 5.^a costilla y en la línea axilar hasta la 7.^a

En cuanto al límite inferior del hígado, la percusión puede inducir a error a causa de la movilidad, de las variaciones de volumen y de la distensión gaseosa del intestino o del estómago, sobre los que descansa la cara inferior del hígado.

También es extremadamente difícil, a mi entender, afirmar que el hígado es pequeño por la sola exploración física. La atrofia hepática puede ser sospechada cuando hay esplenomegalia, ascitis y otros signos de hipertensión portal o de insuficiencia hepática.

La constatación de un hígado grande es mucho más fácil: una sola mano, bien aplicada sobre la pared abdominal, permite, a menudo, afirmarlo.

c) *La exploración radiológica* muestra en general la sombra hepática.

Tomamos este informe cuando nos es facilitado, pero no lo exigimos para hacer el diagnóstico de hígado grande. Pedimos a la radiología lo que la exploración clínica no puede darnos (y ciertamente su campo es todavía muy vasto); ella la completa, pero no la sustituye.

En general, una palpación cuidadosa, ayudada de una rápida percusión, nos revelará muy fácilmente la hepatomegalia.

2.º UN HÍGADO PTOSADO NO DEBE SER TOMADO POR UN HÍGADO GRANDE.

El error es frecuente. Una palpación rápida permite notar el reborde hepático por debajo de su emplazamiento costal; buscar en seguida por la percusión el límite superior y si la sonoridad torácica descendiendo por debajo de la 5.^a costilla, es necesario pensar en la ptosis o en un movimiento de báscula del hígado.

Una exploración radiológica puede dar, en este caso, informes utilísimos. Pero es necesario, sobre todo, investigar las signos de ptosis de los otros órganos del abdomen, del estómago, el intestino, y especialmente, el riñón derecho, que está siempre ptosado si el hígado está descendido.

3.º ¿EL ÓRGANO HIPERTROFIADO ES CIERTAMENTE EL HÍGADO?

Para caracterizar el hígado es necesario contar con la sensación especial proporcionada por la palpación del reborde hepático, su dirección, su extensión transversal desde el flanco derecho al borde izquierdo del apéndice xifoides y en ocasiones más allá; de este reborde parte, yendo de abajo a arriba, una zona de matidez regular, que alcanza por lo menos hasta la 5.^a costilla y más arriba cuando el hígado es muy voluminoso.

Si todos estos caracteres son limpios, el error no es posible. Si no, el *riñón derecho grande* es tomado a menudo por un hígado grande. La clásica zona sonora proporcionada por el ángulo cólico derecho por delante del riñón es, a mi entender, completamente teórica. El riñón derecho tiene un contacto lumbar siempre más claro que el hígado, que también puede tener un contacto posterior en las grandes hipertrofias. El tumor renal es abdominalmente más profundo y su gran eje es vertical, en tanto que el gran eje del hígado es horizontal; el peloteo renal es bien perceptible por lo general. Pero en ciertos casos, una prueba radiográfica y una exploración de la eliminación comparada de los dos riñones, son necesarios para afirmar el diagnóstico.

Más raramente, una *gruesa vesícula* puede ser tomada por un hígado grande. Un *tumor píloro-duodenal*, una *supuración supra o sub-hepática*, pueden prestarse a confusión. Sin embargo, el cuadro clínico es tan claro, de ordinario, que el error es excepcional.

II.—¿POR QUE EL HÍGADO ES GRANDE?

Habiéndose demostrado el aumento de volumen del hígado, falta investigar la causa de esta hepatomegalia.

Hay dos grandes síntomas que son a menudo satélites de la hipertrofia del hígado: la ictericia y la ascitis. Es importantísimo para el diagnóstico etiológico del hígado grande investigar cuidadosamente si existen o faltan.

De ahí la clasificación clínica de las hepatomegalias: gran hígado con ictericia, gran hígado con ascitis y gran hígado solitario (es decir, sin ictericia ni ascitis).

1.º GRAN HÍGADO CON ICTERICIA.

La cirrosis de HANOT, llamada a veces actualmente «hepatitis crónica icterica», tiene como síntomas esenciales el aumento de volumen del hígado y la ictericia.

El hígado es generalmente muy *grande* (sobresaliendo de 8 a 10 centímetros y aun más; deforma el borde del tórax derecho y el hipocondrio derecho); es *duro* (cirrótico), *regular* y *liso*, *poco modificado en su forma general* (sin embargo, la hipertrofia se hace más bien a expensas del lóbulo izquierdo); es *indoloro*.

La ictericia es *permanente*, no desapareciendo jamás del todo, a veces durante algunos años con accesos y recrudescencias, con elementos biliares en la orina, pero sin *decoloración de las materias fecales*.

La esplenomegalia es habitual y a veces muy grande: *en presencia de un hígado grande es necesario explorar siempre el bazo; si ha aumentado de volumen el diagnóstico de cirrosis es casi cierto.*

A esta triada sintomática, añadid la ausencia de ascitis y de signos evidentes de hipertensión portal, la integridad de las funciones hepáticas conservada durante largo tiempo, los accesos febriles, la larga

duración de la enfermedad, y el diagnóstico de la enfermedad de HANOT se impone.

A nuestro parecer, este síndrome de HANOT es de observación relativamente escasa; es un tipo clínico que tiende a desaparecer.

2.º *La cirrosis palúdica* se caracteriza por un gran hígado con brotes de ictericia y *accesos febriles*. Se asocia frecuentemente un *matiz bronceado de los tegumentos* que con la noción de infección palúdica anterior y la comprobación de hematozoarios en la sangre, nos pone fácilmente en la vía del diagnóstico.

3.º *Una cirrosis venosa* puede ir acompañada de ictericia: son las «cirrosis mixtas» de DIEULAFOY.

El hígado es menos grande que en la enfermedad de HANOT

Los signos de hipertensión portal, la ascitis, sobre todo, están generalmente en primera línea.

La insuficiencia hepática es fácil de poner en evidencia: tendencia a las hemorragias, aumento de los aminoácidos y disminución de la urea en la sangre y en la orina, glicuria y glicuronuria provocadas, eliminación irregular e intermitente del azul de metileno, etc.

Cuando la ictericia aparece, la agravación es rápida, la decadencia de la célula hepática es profunda y la muerte inevitable.

4.º *El cáncer secundario del hígado*. El hígado es *irregular, abollado*, muy voluminoso, y a veces, *doloroso*.

La *ictericia* es variable en su intensidad: simple subictericia o gran ictericia por retención si un nódulo comprime el colédoco.

No hay esplenomegalia.

Finalmente, aparece, a menudo, ascitis; la evolución es rápida, la caquexia precoz y una exploración clínica y radiológica descubrirán el foco neoplásico primitivo, casi siempre en el estómago o en el intestino.

5.º *La sífilis hepática*.—*En presencia de una enfermedad del hígado, pensad siempre en la sífilis*.—La sífilis del hígado puede hacerlo todo y tomar, ya el aspecto clínico de una simple ictericia, tipo catarral, ya el de la cirrosis de LAENNEC, el de una enfermedad de HANOT, o de un cáncer del hígado.

En la sífilis terciaria, el hígado es, en general, *grande, lobulado, abollado, irregular, deforme, duro*, algunas veces doloroso.

La *ictericia* que lo acompaña es ligera, pero casi siempre hay subictericia.

Una esplenomegalia moderada y una discreta ascitis completan el cuadro.

La evolución es lenta, el estado general, durante algún tiempo, satisfactorio. Por fin, el Bordet Wasserman es positivo y el tratamiento específico aplicado juiciosamente, da casi siempre notables resultados.

En *el feto y en el recién nacido*, el gran hígado con o sin ictericia, es casi siempre sifilítico.

6.º *El quiste hidático* presenta ordinariamente el cuadro del gran hígado solitario, pero no hay que olvidar que puede ir acompañado de ictericia (quiste inferior comprimiendo las vías biliares).

7.º *Algunas ictericias infecciosas y enfermedades infecciosas con ictericia* (neumonía), pueden ir acompañadas de hepatomegalia. Esto es poco importante y desaparece con la misma afección.

2.º GRAN HÍGADO CON ASCITIS.

Las hepatitis crónicas con ascitis son generalmente cirrosis con hígado pequeño.

En algunos casos la hepatomegalia y la ascitis se asocian.

1.º *Cirrosis hipertrófica venosa* (HANOT y GILBERT).—Es el cuadro de la cirrosis atrófica de LAENNEC. Pero en estas cirrosis:

El hígado es *grande* (sobresaliendo el reborde costal, que alcanza, a veces, y sobrepasa la línea umbilical) es *duro*, regular, liso e indoloro.

La esplenomegalia es constante. Este aumento de volumen del bazo (ya lo hemos dicho más arriba), es la firma de la naturaleza cirrótica de la enfermedad.

La *ascitis* es poco importante en un principio; precisa buscarla en los flancos, en la mujer por el tacto vaginal en los fondos de saco dilatados. Luego, la ascitis invade todo el abdomen muy distendido por los 10 o 12 litros de líquido y aún más, que contiene.

A menudo, solamente después de la evacuación del líquido de ascitis, el hígado grande y el bazo grueso son explorables.

La circulación colateral abdominal, la tendencia a las hemorragias, los signos de insuficiencia hepática (v. más arriba), completan las analogías con la cirrosis alcohólica de LAENNEC, de la cual tienen la misma etiología (a menudo asociación sífilo-alcohólica).

Las características que la separan son: la hipertrofia del hígado en lugar de su atrofia, su más lenta evolución, su menor gravedad: la ascitis puede agotarse, la curación clínica puede obtenerse.

Las cirrosis de LAENNEC que se curan son cirrosis sin atrofia. ¿Puede afirmarse solamente por el examen físico que un hígado es pequeño? No lo creo.

2.º *El hígado cardíaco*.—*La congestión pasiva del hígado* de los que padecen de insuficiencia cardíaca puede ir acompañada de ascitis. Veremos los caracteres del hígado cardíaco a propósito de las hepatomegalias solitarias.

Cuando hay ascitis, se comprueba al mismo tiempo congestión de las otras vísceras (pulmón, corazón), derrames pleurales (hidrotórax), edemas periféricos.

La insuficiencia hepática está en segundo plano; no hay aumento de volumen del bazo.

Cuando los brotes congestivos se han renovado, el hígado se convierte en escleroso; entonces se es-

tablece una *cirrosis cardíaca* cuyo cuadro clínico tiene gran analogía con el de la cirrosis hipertrófica ascítica ya citada.

La noción etiológica, es decir, la comprobación de la insuficiencia cardíaca y de las lesiones valvulares que están en su origen, hará el diagnóstico.

3.º *La sífilis esclero-gomosa* puede acompañarse bien de ascitis o de ictericia (v. más arriba). A veces, ascitis e ictericia pueden coexistir. Más arriba hemos dado los elementos esenciales del diagnóstico de la sífilis del hígado.

4.º *La tuberculosis del hígado* puede tomar algunas veces la apariencia clínica de una cirrosis hepatomegálica con ascitis. El diagnóstico es difícil, ya que se trata a menudo de etiología compleja, asociándose la sífilis y el alcoholismo a la infección tuberculosa. Sin embargo, las cirrosis de gran hígado *evolucionan rápidamente*, dando el cuadro de las *cirrosis malignas* (CASTAIGNE), que a menudo son de naturaleza tuberculosa.

5.º *El cáncer secundario del hígado* va más a menudo acompañado de ascitis que de ictericia. Algunas veces, la ascitis neoplásica precede a la hepatomegalia; cuando está bajo la dependencia de la propagación del tumor en el peritoneo, a menudo es hemorrágica, y, puncionada, se reproduce.

3.º GRAN HÍGADO SOLITARIO.

Por «gran hígado solitario» queremos decir gran hígado sin ictericia ni ascitis. Son los casos más difíciles de diagnóstico causal. Ciertamente, otros signos acompañan a la hepatomegalia, pero es preciso buscarlos a veces cuidadosamente para descubrirlos.

1.º *Hígado cardíaco*.—Cuando en el curso de un examen se descubre un *gran hígado sin ictericia, ni ascitis, ante todo se debe pensar en el hígado cardíaco*. Esta causa del gran hígado, es, a menudo, desconocida, porque la hepatomegalia puede preceder a evidentes manifestaciones de la insuficiencia cardíaca.

Así como no se debe esperar la aparición de la ataxia para establecer el diagnóstico de tabes, tampoco debe esperarse la crisis de disnea o los edemas periféricos para hablar de insuficiencia cardíaca. *La hipertrofia del hígado, es en algunos cardíacos un «síntoma-señal» de gran valor diagnóstico.*

En las congestiones pasivas del hígado:

a) El hígado es *grande*, pero en general, de *hipertrofia moderada*, sobresaliendo algunas veces de 1 a 5 traveses de dedo el reborde costal, siendo dicha hipertrofia *regular*.

b) El hígado es *doloroso*; he ahí el gran signo.

Un gran hígado doloroso debe hacer pensar inmediatamente en la insuficiencia cardíaca. El enfermo se queja de una pesadez o de una tensión dolorosa en el hipocondrio derecho; al palpar el hígado el sujeto acusa a menudo vivo dolor. Estos datos son esenciales para el diagnóstico.

c) Se encuentra siempre algún signo de *insuficiencia cardíaca*, disnea o de esfuerzo o de decúbito, pequeños edemas transitorios, pulsación ondulante, arritmia de tensión o de indicio, en los casos más claros se observan los signos de una lesión orificial, éxtasis visceral, oliguria, albuminuria y el fenómeno del reflujo hepato-yugular.

d) *La hipertrofia es variable* (hígado en acordeón); sigue en efecto las fases de la insuficiencia cardíaca, aumentado, cuando el corazón está desfallecido, disminuyendo, si recobra su energía, y desapareciendo completamente por efecto de una medicación cardio-tónica juiciosa.

2.º *El quiste hidático del hígado* no es la más común de las hipertrofias solitarias del hígado, pero es seguramente la más pura.

Aquí no hay a menudo más que un síntoma: el hígado es grande, a veces, *enorme*. Si el quiste es central, el hígado parece uniformemente hipertrofiado. Si sobresale en una de sus caras, deforma el órgano irregularmente y es más característico.

Los otros signos que acompañan a las otras hipertrofias faltan generalmente: no hay dolor, no hay ictericia (salvo a veces en el quiste inferior) no hay ascitis, circulación colateral, esplenomegalia, hipertensión portal, ni insuficiencia hepática; ningún trastorno funcional; estado general perfecto durante mucho tiempo.

El contraste entre la importancia de la hepatomegalia y la ausencia de otros signos, debe señalarnos el diagnóstico. Para confirmarlo:

a) Hacer una *exploración radiológica*: el matiz obscuro de la bolsa quística es a menudo evidente

b) Estudiar las *reacciones biológicas*: 1.º Hay eosinofilia sanguínea (5 a 12 0/0 de glóbulos blancos eosinófilos en lugar de 1 0/0); 2.º *La reacción de fijación de WEINBERG-PARVU* es positiva; es la reacción de BORDET-GENGOU con líquido hidático como antígeno; 3.º *La precipito-reacción* (FLEIG y LISBONNE) es también positiva; 4.º Pocas veces debe hacerse una *intradermorreacción* (CANONI) por inyección intradérmica de medio centímetro cúbico de líquido quístico.

c) Finalmente, pedir una *opinión quirúrgica* autorizada.

A veces, la aparición súbita de urticaria, de accidentes de anafilaxia hidática (disnea, angustia, lipotimias, vómitos) o de ruptura repentina de la bolsa quística nos revelan (aunque demasiado tarde) la naturaleza hidática de una inexplicable hepatomegalia solitaria.

3.º *La sífilis del hígado*, como ya hemos dicho, puede hacerlo todo en patología hepática. El gran hígado sífilítico puede, en cierto período de su evolución existir sin ictericia ni ascitis. Toma entonces la forma clínica de estas cirrosis venosas anascíticas (GILBERT y CASTAIGNE), que a menudo, no son más que cirrosis alcohólico-sifilíticas.

Casi siempre se encontrarán en el órgano algunas cisuras, algunos bultos característicos de la forma esclerogomosa.

En presencia de una hepatomegalia que no da a conocer su valor, debe practicarse una serorreacción de BORDET-WASSERMANN, y aunque sea negativa, ensayar el tratamiento específico.

4.º *El cáncer masivo primitivo del hígado* en su principio sólo se manifiesta por la hepatomegalia. El aumento de volumen es rápido y muy importante (hígados de 5 a 6 kilos y aún más). El órgano es liso, regular, resistente, pero menos duro que la cirrosis.

Generalmente la ascitis, la ictericia, la esplenomegalia, hasta los dolores faltan.

La aparición de fenómenos febriles y la evolución rápida de la enfermedad que acaba con la caquexia terminal en pocos meses, hacen establecer el diagnóstico.

5.º *El absceso del hígado* determina una hepatomegalia a menudo irregular. Los grandes signos son: el dolor, que está en primer plano; la fiebre, muchas veces con grandes oscilaciones, una *poliinu- cleosis sanguínea*; la noción de *disentería amibiana* en los antecedentes del individuo, la comprobación de amibas en las evacuaciones y la *sombra radiológica* característica.

En general, es difícil separar el absceso del hígado propiamente dicho, de las supuraciones de la vecindad (pleuresía enquistada de la base derecha, absceso subfrénico, perigástrico, perinefrítico, etc.) Es indispensable en estos casos la colaboración del médico, del cirujano y del radiólogo.

6.º *La cirrosis pigmentaria o diabetes bronceada* es una cirrosis de gran hígado liso y duro, con esplenomegalia, sin ascitis ni ictericia, por lo menos en el primer período de su evolución. Lo que la caracteriza es una *pigmentación de la piel* análoga a la melanodermia de la enfermedad de ADDISON. Con frecuencia se juntan con ella los síntomas de una *diabetes azucarada evolutiva* (glucosuria, poliuria, polidipsia, polifagia, acidosis).

Es una enfermedad rara y grave (la muerte sobreviene ordinariamente al cabo de uno o dos años). La asociación hígado grande, melanodermia y diabetes, es característica, y cuando este cuadro sintomatológico se completa, se impone el diagnóstico.

6.º *La degeneración amiloidea del hígado* puede presentarse del lado hepático por el aumento de volumen del hígado sin ascitis ni ictericia. Pero siempre existe amilosis renal, revelada por una importante albuminuria y, sobre todo, la noción esencial de que la hepatomegalia se desarrolla en un anciano supurante (tuberculoso o sifilítico) en estado de caquexia avanzada.

7.º *La hepatomegalia en las enfermedades de la sangre* está aislada en el sentido de que no va acompañada de ictericia ni de ascitis, pero el aumento del

volumen del bazo está en primer plano, particularmente en las *leucemias*. El aumento de volumen del hígado es siempre moderado, puesto que la esplenomegalia es considerable. En este caso el problema que se establece es más bien el de los grandes bazos que el de los grandes hígados.

A menudo existe hipertrofia ganglionar y una fórmula leucocitaria resolverá en seguida el diagnóstico, mostrando el gran aumento del número de glóbulos blancos con mielocitosis en la leucemia mieloidea, leucocitosis en la linfadenia, etc.

El hígado grande es un síntoma anatómico vulgar; sólo haciendo una exploración clínica atenta y completa, ayudada por todas las colaboraciones biológicas, radiológicas y quirúrgicas de que tan ampliamente disponemos en la actualidad, estableceremos el diagnóstico de los grandes hígados.

CRÓNICA

EL CURSO DE PERFECCIONAMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER

El día 16 de octubre dió comienzo el Curso sobre «Progresos en el estudio y tratamiento del cáncer», organizado en la Facultad de Medicina de Estrasburgo por el profesor GUNSETT, director del Instituto anticanceroso, y bajo el alto Patronato del señor Paul STRAUSS, senador y antiguo ministro de Higiene.

Concurrieron el número máximo de plazas limitadas—50—representando esas Profesores de casi todos los países: turcos, armenios, checo-eslovacos, griegos, japoneses, norteamericanos, australianos, ingleses, italianos, rumanos, y el que estas líneas escribe, que representó a España.

El trabajo estaba perfectamente organizado por la Secretaría, que actuaba permanentemente, dando todo género de facilidades y suministrando intérpretes y acompañantes al que lo precisase; además, se entregó un librito con el cuadro horario detallado a cada concurrente por día, materia de conferencias y Profesor que las dictaba, así como la indicación del local correspondiente. De este modo, cada cual pudo hacerse *su plan*, según sus afinidades y deseos