

CONGRESO INTERNACIONAL MONOGRAFICO DE CANCER DE LA PIEL

Barcelona, 28, 29 y 30 octubre 1929

En primavera última fué concebida la idea de celebrar una reunión dermatológica en Barcelona, y fué el profesor Jaime PEYRI el iniciador de la idea y el que llevó las primeras gestiones para que dicha reunión fuese un hecho. Suya fué la idea de que fuese única la cuestión a tratar en dicha reunión y suya fué también el que fuese el cáncer de la piel el tema elegido para ello, y fué denominado desde este momento Congreso Monográfico de cáncer de la piel. Lo interesante que resulta una reunión monográfica, de un asunto tan importante desde el punto científico como social auguraban desde el primer momento un éxito para dicha reunión. Fué nombrado un Comité organizador integrado por elementos de la Sociedad Catalana de Dermatología y que quedó constituido por: Presidente, Jaime PEYRI, Secretario, S. MONTSERRAT. Vocales, A. CARRERAS, S. NOGUER, J. M. PEYRI y R. CAMPOS, y Tesorero, J. TRAGANT.

Contó desde el primer momento el Congreso con la ayuda de la Facultad de Medicina, de la Universidad, de la Real Academia de Medicina, de la Exposición Internacional de Barcelona, la Liga Española del Cáncer y más tarde se sumó espiritualmente la Academia Española de Dermatología.

S. M. la Reina aceptó la Presidencia que se le ofreció como Presidenta honoraria de la Liga Española contra el Cáncer.

El día 28 de octubre tuvo lugar la Apertura de los trabajos del Congreso en el Gran Anfiteatro de la Facultad de Medicina. Presidió S. A. R. la Infanta Isabel en representación de S. M. la reina, acompañada de las primeras autoridades locales y delegados extranjeros. El Presidente leyó un elocuente discurso en el que glosó brillantemente la importancia del tema del Congreso y la necesidad de que todos contribuyesen a los trabajos para procurar remediar en lo posible tan complejo y difícil problema.

De este discurso, entresacamos los párrafos siguientes:

"La simpatía por el dolor es algo profundamente humano, es un sentimiento altruista y un impulso egoísta a la vez que hace sentir y obrar a los hombres. Cada momento de la humanidad ha tenido una forma del sufrimiento humano que ha simbolizado el máximo dolor: en los tiempos bíblicos fué la lepra, en el medioevo la terrible peste, en el renacimiento fué la corrosiva lúes, en el siglo pasado la tuberculosis y en nuestros días es el cáncer.

"La lepra se va extinguiendo a medida que la policía Sanitaria puede cumplir con sus deberes; la peste sabemos que la vigilancia rigurosa actual la arrinconó a unos pocos países; la lúes han visto nuestros días cómo las nuevas terapéuticas iba reduciendo sus estragos vi-

sibles casi a la nada, dejando sólo un residuo de incurabilidades que tenazmente se busca hacer desaparecer, la tuberculosis cuenta para la mayor parte de sus casos con diagnósticos precoces, con recursos dominantes del proceso; indudablemente disminuye. Sólo el cáncer aumenta, esto indica que es una característica somática de los actuales tiempos; es decir que la vida actual hace más fácil la cancerización.

"Surgió la idea de este Congreso entre los Dermatólogos españoles que creyeron que en los tiempos actuales para que los Congresos den un máximo de rendimiento se deben concretar al estudio monográfico de una cuestión hasta agotarla; esto se ha probado que es de mayor utilidad que el permitir en los Congresos hablar de todo."

"Se escogió el tema del cáncer de piel por varios motivos; el cáncer de piel es el mejor conocido de todos los cánceres; el dermatólogo lo ve evolucionar, lo reconoce antes de ser cáncer, sabe pues qué procesos se pueden convertir en cáncer, y cuando duda, tiene fácil la comprobación con una biopsia.

"En cuanto al tratamiento puede decirse que es agraciado; las estadísticas dan un porcentaje elevado que llega hasta el ochenta por ciento de curaciones definitivas, las técnicas pueden efectuarse matemáticamente; cubicado el tumor le corresponderá tal dosis cancericida. Pero a los dermatólogos nos falta el auxilio de la cancelología experimental y de la terapéutica física; reunir cuanto desde cada campo se conoce es un bello ideal para presentar completo el estudio monográfico de cáncer de la piel."

Los delegados extranjeros tomaron la palabra. Hablaron el profesor DUBREUILH por Francia, el profesor FICHERA por Italia, el profesor ZURHELLE por Alemania y el profesor CARLO DA SILVA por Portugal.

Los trabajos presentados al Congreso han sido numerosísimos. A las ponencias que abarcaban y a los múltiples asuntos a tratar en el cáncer de la piel, se han sumado gran número de comunicaciones que han completado su estudio. Ni un momento ha decaído el interés científico de las lesiones, que culminó en los trabajos notabilísimos de CIVATTE, UNNA, RÍO HORTEGA y ALVAREZ CASCOS.

Un gran número de personalidades extranjeras especializadas en esta materia, tomaron parte en las tareas: El Profesor DUBREUILH, de Burdeos, uno de los viejos maestros de la escuela francesa; LACASAGNE, del Instituto Curie de París, conocido ya por nuestro público médico; CIVATTE, uno de los valores más prestigiosos en histopatología; DEBRAIS, uno de los más antiguos radioterapeutas de París; DUCONG, del Instituto anticanceroso de Toulouse; VIEUX, jefe de clínica del profesor ANDRY; UNNA, de Hamburgo; el prof. ZUR-

HELLE, de Bonn, de la clínica de HOFFMAN; el profesor FICHERA, del Instituto Milanés; CARLO DA SILVA, de Lisboa; VALLON, de París.

Los dermatólogos españoles contribuyeron con su presencia y su calidad en gran número a los trabajos del Congreso. De Madrid vinieron: el Dr. GOYANES, Presidente de la Liga contra el Cáncer, el prof. COVISA, Julio BEJARANO, Julio BRAVO, Director de la Oficina de propaganda sanitaria, ALVAREZ CASCOS, VILLAREJO, FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA, FERNÁNDEZ CRIADO, RÍO-HORTEGA, BARRIO DE MEDINA, GAY PRIETO. De Zaragoza: LANA y Aurelio GRASA; de Bilbao: SALABERRI y CRENDE; de San Sebastián: RODRÍGUEZ SIERRA. De Salamanca: LÓPEZ MUELLEDES; de Granada: MARTÍNEZ-NEBOT y otros muchos.

Los que no pudieron asistir enviaron sus trabajos. El Profesor ARCHANBANET y ALBERICH MARIN, de Montreal (Canadá) y tantos otros.

Tan buenos y numerosos elementos hicieron que el Congreso fuese un éxito. Las sesiones muy nutridas de trabajo y con numerosísima asistencia de congresistas. La mayoría de trabajos presentados, ilustrados con "moulages", proyecciones y grabados. Las discusiones, a veces muy animadas, sin dejar el tono correcto que corresponde a un Congreso. En alguna ocasión la benevolencia de la Presidencia hizo alargar excesivamente las intervenciones. La abundancia de material fué la causa de esta duración exagerada de las sesiones científicas. La sesión de clausura tuvo lugar en el nuevo edificio de la Real Academia de Medicina, dando la suntuosidad del Anfiteatro una nota agradable a la clausura del Congreso. Asistió a ella el Presidente de la Real Academia Dr. PI y SUÑER, y el Presidente del Congreso y el Secretario cerraron los trabajos del mismo, con elocuentes palabras.

El conjunto del Congreso ha dado la sensación de bien organizado. Se ha publicado, antes de empezar las tareas científicas, un volumen de ponencias de 450 páginas con numerosos grabados, que constituye un estudio muy completo de cuanto se refiere a cáncer cutáneo, se ha conseguido tener entre nosotros los valores más positivos que se cotizan hoy día entre los especializados, se ha hecho una labor de compenetración entre la asistencia, se ha dado la impresión de que Barcelona está capacitada para organizar certámenes internacionales de esta índole y se ha aportado, aunque sea pequeña la contribución, algo nuevo a la lucha social que todos los médicos de buena voluntad deben aportar a la lucha contra el cáncer.

Una felicitación muy sincera para el presidente y el secretario, que como en todas estas reuniones, son los que llevan el peso del trabajo y los sinsabores del mismo.

A. CARRERAS

PRIMERA SESIÓN CIENTÍFICA

Presiden la mesa los profesores DUBREUILH, PEYRÍ y COVISA. El doctor PEYRÍ propone como a presidentes de la mesa de las diferentes sesiones a los doctores DUBREUILH (Burdeos), FICHERA (Milán), COVISA (Madrid),

SAINZ DE AJA (Madrid), GOYANES (Madrid), FERRER CAGIGAL (Barcelona), NICOLAS (Lyon) ZURHELLE (Bonn) y CIVATTE (París), siendo aprobada esta propuesta por unanimidad. Empieza el doctor COVISA ponente del tema *Morfología del precáncer*.

Aunque limitada su ponencia al estudio morfológico de las dermatosis precancerosas, dice invadirá en algunos puntos los campos de su etiología y de su estudio histológico por tener que referirse a estos dos capítulos al intentar la clasificación.

La importancia del estudio de las llamadas dermatosis precancerosas es doblemente interesante; primero por darnos a conocer de un modo precoz las lesiones que conducen al cáncer y si es posible eliminarlas totalmente para evitar la aparición de aquél, siendo este capítulo de medicina profiláctica, y en segundo lugar, el conocimiento de lo que realiza el investigador en el laboratorio que es lo mismo que la naturaleza por medio de acciones variadas produce en la clínica.

Tanto uno como otro utilizan los mismos medios, crean primero una lesión precancerosa y después por continuada acción irritante que bien pudiera llamarse cancerígena, la lesión precancerosa evoluciona y se transforma en un proceso canceroso propiamente dicho.

Para la realización de esta ponencia parte del estudio del xeroderma pigmentosum de KAPOSÍ, afección de la primera infancia que en sus manifestaciones clínicas, en el probable mecanismo de su producción y en sus caracteres lesionales, puede identificarse con gran número de dermatosis precancerosas y con los estadios iniciales del cáncer experimental.

A continuación divide las dermatosis precancerosas en tres grandes grupos:

1.º *Dermatosis actínicas* en el cual estudia el xeroderma pigmentosum, la dermatitis solar, la radiodermatitis y como adición los nevus y las enfermedades de PAGET y de BOWEN.

2.º *Dermatosis mecánicas* comprendiendo las cicatrices, la leucoplasia y los traumatismos.

3.º *Dermatosis químicas* estudiando la hiperqueratosis arsenical y la acción nociva sobre la piel de algunas sustancias colorantes y el efecto neofornativo de los compuestos de la destilación de la hulla.

Finalmente hará un resumen de los principales caracteres del cáncer experimental.

Dermatosis actínicas:

Define estas dermatosis como afecciones cutáneas determinadas por la acción de la luz principalmente por los rayos actínicos o sea de onda más corta; los violetas y los ultravioletas. A los Rayos X los considera como una forma particular de la luz dotada de caracteres especiales y aun menores de onda. En este grupo de dermatosis va a estudiar el xeroderma pigmentosum, el hidroa vacciniforme de BAZIN, la epiteliomatosis solar de DUBREUILH y las radiodermatitis. Referente al xeroderma dice que en determinados sujetos, por condiciones innatas que desconocemos, cuando se exponen en los primeros años de la vida a las radiaciones solares, se produce un eritema intenso seguido de acentuada pigmentación. En ocasiones este estado eritematoso se

prolonga, las pigmentaciones se acentúan en determinados puntos, la piel se atrofia en las zonas intercalares y aparecen en la superficie algunas telangiectasias. Más tarde se inician elevaciones verrugosas y se forman tumores epiteliales. Analiza en detalle cada uno de estos caracteres y los compara con los análogos que presenta la piel en las edades avanzadas.

En la etiología del xeroderma influye escasamente la herencia, siendo afección de la primera infancia. En cuanto a su patogenia se ha invocado una predisposición congénita que parece fundamental: la acción nociva de la luz y acaso la acción tóxica de ciertas sustancias fotodinámicas que como la hemato porfirina han sido algunas veces encontradas en los órganos de estos enfermos. Estas causas u otras que escapan a nuestra investigación determinan en la piel alteraciones anatómicas sensiblemente iguales a las que produce la senilidad y conducen como ésta a la formación de múltiples epitelomas.

Expone una sucinta historia de tres casos típicos por él observados.

Al lado de esta afección coloca al hidroa vacciniforme, enfermedad en la que intervienen los mismos factores: acción nociva de los rayos actínicos, existencia indudable de un factor congénito y posible acción tóxica de sustancias fotodinámicas. Sin embargo, aquí se producen sólo lesiones flictenosas. En la enfermedad anterior la luz determina una acción preferentemente ectoplástica; en el hidroa produce sobre todo un efecto seroplástico. La continuada exposición de la piel a la luz solar llega a producir efecto nocivo pudiendo llegar a la aparición de lesiones precancerosas y en último término verdaderos epitelomas. La acción de la luz solar viene subordinada a la mayor o menor existencia de pigmento cutáneo, siendo la melanina una barrera defensiva contra los ataques actínicos y la pigmentación de la piel un síntoma constante de todas las dermatosis actínicas.

Describe la epitelomatosis solar de DUBREUILH como afección que acompaña con frecuencia las edades avanzadas pero que no es atributo obligado de la senilidad pues puede aparecer aún en jóvenes y no aparece en muchos viejos. Se presenta de preferencia en los aldeanos y obreros del campo y se limita a los sitios descubiertos. Además de la acción de la luz admite un factor interno que acaso radique en una especial estructura de la piel y que bien puede consistir en una deficiente pigmentación cutánea, pues suelen ser blancos, rubios, de piel escasamente pigmentada. La piel en estos casos es atrófica, delgada, con un color abigarrado en el que alternan zonas pigmentadas por el esfuerzo defensivo de los fermentos endocelulares con otras blanquecinas y cicatriciales. Aparecen finísimas arborizaciones vasculares, verdaderas telangiectasias, y elevaciones verrugosas, blandas, laminosas y friables de tipo seboreico (seborrea concreta): entonces aparecen también eminencias secas, ásperas, queratósicas que constituyen el queratoma senil. El aspecto de la piel es muy característico, sembrada de múltiples lesiones epiteliales, numerosos queratomas, concreciones seboreicas y en ocasiones verdaderos cuernos cutáneos. Nos recuerda el que

UNNA describió: el carcinoma de los hombres de mar que recae en sujetos jóvenes y que puede considerarse como una forma de dermatitis solar.

Empieza el estudio de las radiodermatitis aceptando la clasificación de DARIER o sea en radiodermatitis operatorias que comprenden todas las formas agudas y radiodermatitis profesionales o dermatitis de los radiólogos, que constituyen el tipo de las formas crónicas. Unas y otras tienen caracteres clínicos análogos, con el cuadro clínico completo del ya descrito xeroderma. Los epitelomas de los radio-operadores suelen ser del tipo espino-celular repercutiendo pronto en los ganglios y tienen una evolución maligna.

Pasa a hablar de los nevus y dice que en general todo nevus debe estimarse como una lesión precancerosa, como verdaderos epitelomas benignos susceptibles de transformarse en malignos (nevo-carcinoma) por la acción de agentes casi siempre externos. Aconseja que se respeten estas pequeñas malformaciones especialmente las melánicas, o tratarlas con un criterio quirúrgico bien amplio, evitando el empleo de las pequeñas manipulaciones dermatológicas o de medios radioactivos.

En cuanto a la enfermedad de PAGET que como es sabido se localiza en el pezón extendiéndose a la areola y sobrepasándola, confundible en su primera fase con el eczema, es discutido por algunos si es un preecancer o un verdadero cáncer.

Finalmente, en el primer grupo estudia la disqueratosis lenticular de BOWEN, como probable enfermedad névica de evolución tardía que se manifiesta después de los 20 años por lesiones aisladas, lenticulares, escamosas, parecidas según DARIER a las grandes pápulas de liquen plano y que a veces por influencia originan placas más grandes de contornos arqueados. De esta enfermedad se ha dicho como de la de PAGET que es cancerosa desde sus estadios iniciales. Como anejo de esta enfermedad estudia la eritroplasia, que define como placa roja, aterciopelada y brillante, de bordes netamente circunscritos que se presenta en las mucosas de la boca, lengua, labios, glande y vulva, de persistencia indefinida que a través de los años puede evolucionar hacia el epiteloma.

Dermatosis mecánicas:

Se refiere a la frecuencia con que aparece el cáncer sobre las cicatrices, principalmente si son debidas a la acción de los agentes físicos, ocupando el primer lugar por su frecuencia las cicatrices consecutivas a quemaduras y a heridas infectadas, con relativa frecuencia las que acompañan a la evolución espontánea o a la curación terapéutica del lupus tuberculoso y del lupus eritematoso, ya que en estos casos se reúnen la atrofia cutánea por la cicatriz y el estímulo irritante crónico determinado por el tratamiento local de dichos procesos. LUMIÈRE cree que el epiteloma es una verdadera enfermedad de cicatrices.

Pasa al estudio de la leucoplasia que consiste como es sabido en la queratinización de las mucosas y de localización ordinariamente en la lengua, mucosa bucal, labios y mucosas genitales. Es importante su estudio porque casi todos los cánceres de la boca asientan sobre

leucoplasias. Admite también a ciertos parásitos como productores del precáncer, tales como el spiroptera descubierto por FIBIGER y el sarcoma espontáneo de la rata determinado por la tenia erasicolis y en la especie humana el cáncer que acompaña a la bilharziosis vesical. Los parásitos realizarían lesiones banales, erosiones, úlceras, cicatrices, verdaderas lesiones precancerosas que irritadas de un modo continuo contribuyen a la formación del cáncer.

Dermatosis químicas:

Entre las más estudiadas hay la *hiperqueratosis arsenical*. La acción del arsénico se manifiesta por pigmentaciones, hiperqueratosis, descamación de láminas córneas cargadas de pigmento, atrofia cutánea y degeneración grasosa, observándose estos hechos con lamentable frecuencia en el arsenicismo crónico. Su localización primera es en la palma de las manos y planta de los pies, manifestándose por unas eminencias verrugosas, circunscritas o difusas que persisten en muchos casos aun después de suspendido el tratamiento: Clínicamente están constituidas por un espesamiento difuso y uniforme de la capa córnea.

Son producidas por la prolongada administración del arsénico y suelen aparecer tardíamente. Esta hiperqueratosis puede dar origen al cáncer que se llama en este caso arsenical. Las hiperqueratosis pueden ser difusas o circunscritas a las regiones palmares y plantares, casi siempre precedidas por brotes eritrodérmicos. Las sustancias colorantes ejercen también sobre la piel una acción irritante neoformativa; cita los experimentos de FISHER y otros autores con el rojo escarlata, con anilinas, aceites y otros cuerpos químicos.

Finalmente, habla del cáncer experimental, recordando las lesiones ya conocidas de antiguo de alteraciones cutáneas en los deshollinadores y de los trabajadores del alquitrán.

Expone sus trabajos sobre conejos analizando la analogía de las lesiones producidas en el animal a las humanas. Cita algunos trabajos de intento de producción en los animales de cáncer por los Rayos X. Termina su trabajo con una extensa bibliografía.

Inmediatamente el doctor NOGUER MORÉ de Barcelona lee una comunicación acerca de *Dermatitis precancerosa de BOWEN en una heredosifilitica* presentando una figura de cera para la mejor comprensión del caso. Se trata de la historia clínica de una enferma que, afecta de lesiones iniciales al lado de otras pápulo-escamosas y pápulo-costrosas, curó con radium. Pero la exploración completa comprobó una heredolúes, por lo que fué tratada intensamente. A los pocos meses se presentó una reagudización de todas las lesiones de la primitiva dermatitis que pronto se epiteliomizaron dando lugar a varios tipos clínicos (ulceroso, vegetante y nodular). Cree que el tratamiento arsenical dió un latigazo a la afección cutánea. Presenta este trabajo sólo para citar los hechos.

Histología de los procesos precancerosos. Ponencia por el doctor GAY PRIETO de Madrid. Después de ligeras consideraciones generales entra de lleno al estudio de

la clasificación histológica adoptándola de su maestro el Profesor COVISA o sea:

- | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|
| (A) de origen actínico | } | 1.º Provocadas por luz solar | } | Xeroderma pigmentosun. |
| | | | | Piel senil. |
| | | 2.º Provocadas por los Rayos X y radium | } | Radio y radium-dermitis. |
| 3.º Apéndice. Melanosis precancerosa (Dubreuilh). | | | | |
| (B) origen mecánico | } | 1.º Leucoplasia. | | |
| | | 2.º Kraurosis. | | |
| | | 3.º Leukokeratosis del pene Kraus. | | |
| | | 4.º Kraurosis glandis et preputii (Delbanco). | | |
| (C) origen químico | } | 1.º Hiperqueratosis arsenicales y cáncer arsenical. | | |
| | | 2.º Hiperqueratosis y cánceres de alquitrán. | | |

estudiando como apéndice las enfermedades de PAGET y de BOWEN.

En el primer grupo estudia con detalles las pigmentaciones circunscritas y el queratoma senil. En el capítulo de las provocadas por los rayos X y radium las lesiones que dependen de las dosis y de la repetición de las mismas, mereciendo un estudio particular las radiodermatitis crónicas. A continuación analiza la melanosis precancerosa de DUBREUILH, cuya lesión histológica fundamental consiste en la existencia a nivel de la hilera basal, de células que carecen de filamentos de unión, tienen un tamaño algo mayor que las restantes, un protoplasma más claro y son capaces de elaborar pigmento (reacción supra positiva); las restantes capas de la epidermis no presentan alteraciones. Estudiando pareceres de diferentes autores sobre el significado de esta lesión, detalla la histología de la leucoplasia así como la de la kraurosis vulvar, la leukokeratosis senil y la kraurosis glandis et preputii penis. Empieza a describir la histología de las dermatosis precancerosas de origen químico comenzando por las de causa interna, hiperqueratosis y cáncer arsenical producidas por la larga ingestión de arsénico y caracterizadas por la presencia de una dermitis crónica, atrófica con numerosas formaciones hiperqueratósicas circunscritas.

Entra luego a estudiar las de origen externo. Hiperqueratosis y cáncer del alquitrán en los obreros empleados en la manipulación del mismo y en los deshollinadores. Se forman primero dermitis crónicas y rebeldes con aparición de elementos córneos que con el tiempo sufren la degeneración maligna. Describe histológicamente estos estados de la enfermedad de PAGET y de BOWEN, hace un amplio estudio histológico, terminando con rica bibliografía.

Formas atípicas de la enfermedad de BOWEN, tal es la comunicación del Profesor CIVATTE, de París, quien, valiéndose de interesantes preparaciones que proyecta en la pantalla, va describiendo la característica histológica de esta enfermedad, que según su criterio estriba en la pérdida de las células protoplasmáticas de sus filamentos de unión y la destrucción del núcleo que se vuelve pulverulento. Admite dos formas: la basal y la espinocelular que dice tiene diferencias con los epitelomas respectivos, empero es difícil separarlo.

El profesor doctor Jaime PEYRI, de Barcelona, expone su ponencia de la que hace sólo un resumen pronunciado en francés. Su tema es *Etiología y patología del precáncer*. Comienza diciendo que un epiteloma de la piel va siempre precedido por un proceso que no es un epiteloma. Estudiará solamente las causas que intervienen en la formación de los procesos que preludian al cáncer separando los procesos congénitos (nevus). La senilización cutánea es la causa más importante, puede ésta ser congénita—xeroderma pigmentosum—existiendo en ella todos los elementos atróficos, pigmentarios, elastorexis, esclerosis vasculares exactamente como en la piel del viejo. Como las teorías que han pretendido explicar esta precoz senectud (terreno névico, secreciones internas, sustancias sensibilizantes a la luz) debe ser la fragilidad congénita de la piel del xeroderma algo local, un producto de la insuficiencia protoplasmática que acelera la arterioesclerosis y que degenera las glándulas de la piel.

Inmediatamente entra en el estudio de los procesos consecutivos a la senilización prematura y a la senilización fisiológica de la piel enumerando los hechos en que consisten y remarcando que son éstos los que sirven de base en todos los procesos precancerosos, los que a su vez originan un segundo grupo de procesos que son la consecuencia de la senilización y que son la segunda etapa de las enfermedades precancerosas. Senilización y precáncer se complementan, la senilización precede al queratoma, la senilización subsigue a la cicatriz para que ésta se pueda transformar en cáncer. Admite tres variedades de senilidad; la congénita (xeroderma pigmentosum), la adquirida o prematura (marinos y labradores) y la fisiológica. Al hacer historia de estos conocimientos recuerda los tres grupos que en 1912 admitió el Profesor DUBREUILH, precancerosas queratósicas, melanosis circunscritas y las precancerosas erosivas y eczemáticas.

Analizadas las cuestiones generales pasa al estudio de las particularidades etiológicas y patogénicas de cada uno de los procesos precancerosos y empieza por las hiperqueratosis seniles, sigue con los procesos eczematoideos, con las formaciones verrugoides y juntamente con éstos los adenomas sebáceos no simétricos; las dermatitis crónicas incluso las radio-dermitis; los granulomas crónicos; las cicatrices y por último el grupo de las enfermedades generales predisponentes a la senilización (sífilis, alcoholismo, tuberculosis).

El doctor Antonio CARRERAS, de Barcelona, desarrolla su ponencia acerca de: *Terapéutica de los procesos precancerosos*. La variedad nosológica y patogénica de estos procesos sin distintas modalidades y localizaciones hacer que sea éste un problema muy complejo por lo que sólo una idea de conjunto y una orientación general de tratamiento. Cree que la cada día mayor cultura médica es la mejor profilaxia y excita a los médicos en general para que conozcan estos procesos. El criterio terapéutico a aplicar varía según la benignidad clínica de la lesión. Señala como muy peligroso los tratamientos incompletos o irritantes con los que sólo se consigue favorecer el desarrollo del mal. Independiente del tratamiento local y de la lesión misma, tiene que hacerse un

detenido estudio del terreno sobre el cual se desarrolla el proceso, hay que vigilar los trastornos humorales endocrinos, las infecciones, las infecciones parasitarias, las autointoxicaciones, la sífilis (factor frecuente), las dermatitis crónicas, la radiodermatitis profesional, las queratodermias arsenicales, úlceras crónicas, xeroderma pigmentosum, cicatrices, queloides, leucoplasia, eritroplasia, queratoma senil, lupus, enfermedad de PAGET, enfermedad de BOWEN.

En sus conclusiones insiste en demostrar que toda la profilaxia del cáncer cutáneo consiste en conocer bien estos procesos, así como la oportunidad terapéutica del mismo, recomendando inculcar al médico la importancia de estas lesiones.

El doctor P. DEGRAIS, de París, lee su comunicación acerca de: *Lesions precancéreuses de la peau, leur traitement per le radium*.

Recomienda conocer bien las lesiones preepiteliomas cutáneas: las agrupa en 6 órdenes: 1.º, verruga seborreica, queratoma senil, mugre de los viejos; 2.º, las disqueratosis producidas por repetidas irritaciones (sol, irradiaciones); 3.º, enfermedad PAGET; 4.º, xeroderma pigmentosum; 5.º, Dermatitis de BOWEN y 6.º, los nevus pigmentarios. Recomendando un tratamiento eficaz evitando los insuficientes por irritantes. A continuación hace un ligero resumen del tratamiento radiumterápico en estos casos.

El doctor P. UNNA de Hamburgo presenta una figura de cera en la que está exactamente representada la espalda de un enfermo de 67 años y en la que se ven varios cánceres y precánceres en diferentes fases de evolución, úlceras, queratosis, angiomas azul-violetas. Al mismo tiempo proyecta varias fotografías del mismo caso.

Al estudiar los *precánceres* los divide en tres grupos: 1.º epitelomas célulobasales, entre ellos el pagetoide, el eritematoide y el carcinoide; en el 2.º las queratosis seniles y tóxicas y en el 3.º las dermatosis de BOWEN y de PAGET. Explica que en la biopsia se ven a veces mezclados los diferentes tipos, lo que hace difícil la interpretación. Termina diciendo que la transformación del precáncer en cáncer se hace insensiblemente y recomienda la suma de estos datos clínicos y de laboratorio para el mejor diagnóstico.

Doctor RODRÍGUEZ SIERRA de Santander: lee su comunicación: *Procesos precancerosos de la piel y terapéutica de los mismos por el radium*.

Señala que las lesiones precancerosas son unas congénitas (nevus), otras adquiridas con la edad. Benignos en sus comienzos no deben ser extirpados quirúrgicamente ni químicamente. Emplea el radium en placa de superficie plana. Explica alguna de las técnicas por él usadas en queratomas. En los nevus pigmentarios cuando por el rascado se agrietan y desecan debe emplearse el radium. No ha obtenido recidivas en los precancerosos.

SEGUNDA SESIÓN

Preside el Profesor doctor A. FERRER CAGIGAL.

Formas superficiales de los epitelomas cutáneos, ponencia del doctor J. BEJARANO, quien empieza diciendo

que entre las varias clasificaciones de los epitelomas cutáneos en la actualidad es aún la mejor la basada en los caracteres clínicos de la lesión, por lo tanto con arreglo a ella se dividen en superficiales y profundos aunque haya grandes dificultades en separar unos de otros por pasar los superficiales a profundos con relativa frecuencia; por este motivo, aunque la clasificación sea de índole clínica tendrá que basarse en datos anatómicos para establecer cuáles son unas y otras formas y dentro de este criterio lo más conveniente es aceptar como superficiales a los que se desarrollan en el epitelio de revestimiento y que invaden solamente el dermis papilar y la porción más superficial del dermis reticulado y para las formas profundas aquellas cuyo nacimiento se origina a expensas de los epitelios profundamente situados que pertenecen casi siempre a glándulas anejas de la piel.

Las relaciones existentes entre los epitelomas superficiales y los profundos le obligan a estudiar someramente algunas formas de estos últimos, tales son: epitelomas calcificados, adenoides quísticos y las degeneraciones carcinomatosas de los nevus. Inmediatamente comienza el estudio de los epitelomas cutáneos superficiales aceptando la clasificación de MARTINOTTI, describiendo las afecciones disqueratósicas y los epitelomas cutáneos superficiales, siguiendo con las afecciones disqueratósicas y epitelomas superficiales de las mucosas, y termina con el epiteloma pagetoide.

El doctor X. VILANOVA, de Barcelona, lee su ponencia: *Formas clínicas del cáncer de la piel*. Después de excusarse por la dificultad de fundamentar el orden natural y útil de los procesos epiteliales malignos que asientan en el revestimiento cutáneo, enumera las formas clínicas a modo de fichero sin más ligazón entre ellas que su naturaleza epitelial y su malignidad. En la clasificación que propone admite 5 grupos: 1.º epitelomas observados corrientemente en clínica los cuales comprenden: el plano superficial, el pagetoide, el ulcus rodens, el terebrante (baso-celular), el tumoral (baso-celular), el cilindroma, el papilar crónico, el papilar profundo y el vegetante.

En el 2.º grupo los epitelomas de origen sebáceo y sudoríparo. En el 3.º grupo los nevo-epitelomas. En el 4.º grupo los epitelomas cuya lesión precancerosa inicial les da caracteres objetivos y evolutivos propios, comprendiendo el lupus carcinoma, el desarrollado sobre el xeroderma pigmentosum, el cáncer del arsénico, y del alquitrán, el consecutivo a las radiodermatitis, el consecutivo a las quemaduras y cicatrices, el PAGET, el BOWEN y la epiteliomatosis múltiple senil, y en el 5.º grupo a los epitelomas viscerales metastizados secundariamente a la piel.

La ponencia: *Varietades histológicas del cáncer de la piel* es desarrollada por los doctores DEL RÍO HORTEGA y ALVAREZ CASCOS.

Comienzan definiendo y explicando lo que debemos entender por cáncer, carcinoma y epiteloma; inmediatamente exponen lo difícil que es para el histólogo el poder decir si es benigno o maligno el objeto de estudio y solamente en los casos extremos de suma benignidad o de suma gravedad pueden hacerse afirmaciones. Ana-

lizan los trabajos de varios autores acerca de este punto. Señalan que en general hay unidad de criterio en lo que atañe a la interpretación histológica, en las principales variedades de cáncer cutáneo. Admiten tres grupos de tumores de limitación poco clara; los que desde su principio al fin de su evolución son siempre benignos; los que inicialmente benignos adquieren ulteriormente malignidad (tumores con malignidad potencial) y los que se manifiestan con caracteres de malignidad desde sus comienzos (tumores con malignidad actual). Discuten el valor de diferentes clasificaciones dadas por diversos autores (MENETRIER, DARIER, RUBENS, DUVALL), así como el de las nomenclaturas empleadas no encontrando en ellas el que el vocablo con que se designa la forma histológica corresponda con pureza a tal concepto. Con el fin de unificar la nomenclatura y sin la pretensión de haber hallado expresiones intachables, en vez de hablar de epitelomas espinocelulares, mixtos y basocelulares, describen epitelomas inoécitos, oligoinoécitos y aninoécitos o sea tumores cuyas células muestran respectivamente diferenciación fibrilar incompleta y falta casi absoluta de fibrilación. Los inoécitos (cuyas células tienen caracteres correspondientes en lo esencial a los elementos normales de la piel en sus diversas capas) presentan variaciones atípicas de la evolución kerática, la cual según los casos, aparece aumentada, moderada o disminuída, pero siempre fuera de lugar. Hay por consiguiente epitelomas inoécitos que son hiperkeratoblásticos, mesokeratoblásticos o hipokeratoblásticos correspondiendo respectivamente a los epitelomas perlados, pavimentosos lobulados (con globos epidérmicos) y mixtos de los clásicos. Los oligoinoécitos cuyas células muestran escasas fibras intraprotoplasmáticas y débiles puentes intercelulares que en algunos sitios faltan por completo, presentan elementos con queratinización anormal, coincidiendo la pobre diferenciación estructural con la reducción del poder queratósico: a éstos se les puede llamar parakeratósicos.

En el último grupo caracterizado por presentar células sin diferenciación fibrilar (aninoécitos) comprende tres variedades: aqueratoblástica, glioidósica y la melanósica.

Hace un estudio de los epitelomas benignos a los que prefiere llamar dermoepidermomas y comienza a describir con detalles el acantoma o primer estadio del epiteloma; sigue con el papiloma considerado como la primera etapa de la evolución de un tumor maligno, entrando a continuación en el estudio de las variedades de los epitelomas inoécitos, oligoinoécitos y aninoécitos. Termina diciendo que entre los cánceres cutáneos caben también los desarrollados en las glándulas sudoríparas y sebáceas (entre los epiteliales) y todos los del grupo conjuntivo, pero en la imposibilidad de abarcar todo el tema se ha limitado a lo más interesante.

El doctor F. FORNELLS pasa al desarrollo de su comunicación: *Pseudo epitelomas malpighianos*. Dice que en los epitelios malpighianos se pueden presentar con bastante frecuencia alteraciones de estructura que exponen a error de diagnóstico. En un primer grupo coloca al papiloma malpighiano de mucosa, diferenciándose del epiteloma por la íntegra conservación de sus

basales; el papiloma de mucosa malpighiana y el papiloma de la mucosa de la boca. En un segundo grupo a los procesos inflamatorios no específicos que producen alteraciones en la disposición histológica de los epitelios malpighianos. En un tercer grupo a los pseudoepiteliomas producidos por lesiones sifilíticas; en un cuarto grupo a los producidos por lesiones tuberculosas y en un quinto a procesos leprosos.

Proyecta fotografías aclarando sus puntos de vista. En otra comunicación, el mismo autor sobre: *Epitelioma Roëntgen*, hace la descripción anatómo patológica de un caso de epitelioma Roëntgen de la mano con una serie muy demostrativa de microfotografías.

La degeneración en las células neoplásicas. Ponencia por el Profesor doctor FERRER CAGIGAL. Explica que las células neoplásicas con más facilidad que las normales sufren la transformación de los complicados proteidos que las constituyen, en substancias albuminoides de menor complejidad química o son transformados en derivados de hidratos de carbono, de grasas y lipoides que modifican intensamente la composición físico-química del organismo celular y por ende su metabolismo. Así se observa la degeneración albuminoidea, la degeneración vascular, la coloide, el glicógeno y la degeneración grasosa o lipoidea.

La degeneración como proceso de desintegración orgánica y aminoramiento vital, se observa con mucha mayor frecuencia en los tejidos neoplásicos que en los normales, pudiendo presentarse todas las formas de degeneración, infiltración y pigmentación como signos precursores de la muerte celular en los tejidos neoplásicos; de todas las degeneraciones la más frecuente es la adiposa. En los tumores epiteliales de epitelio pavimentoso la degeneración más frecuente es la córnea.

Las causas íntimas de estos procesos siguen siendo oscuras, constituyendo la esperanza de su aclaramiento las conquistas evidentes de la ciencia actual.

El Profesor ZURHELLE de la Universidad de Bonn (Alemania) presenta una comunicación titulada: *Epitelioma morpaciforme*, descrito por primera vez por DANLOS y BROCH en 1899, llamado también epitelioma en forma de placa esclerodérmica. Se trataba de una mujer de 36 años que a causa de una quemadura en la frente hecha con unas tenacillas de rizar vió desarrollar diez años más tarde un tumor que al microscopio se reconoció como epitelioma basocelular. Fué extirpado quirúrgicamente y 4 años más tarde recidivó.

Presenta también otra comunicación sobre: *Cáncer en coraza con vesículas en una mujer de 38 años*. Comenzó por el pezón, se extendió con zonas de induración por el costado y zonas eritematosas. Al microscopio infartos en los vasos linfáticos y células carcinoma-tosas en las vesículas subepidérmicas. Linfangitis carcinoma-tosa en forma de vesículas.

Discusión

El doctor GAY alude a la denominación de pseudoepiteliomas empleada por el doctor FERNELLS, a reacciones epiteliales perfectamente conocidas por los dermatólogos, absolutamente banales; en los trabajos de histopatología cutánea se les da el nombre de prolifera-

ciones epiteliales atípicas y clínicamente no se parecen en nada a los epiteliomas e histológicamente tampoco. La denominación de pseudoepitelioma fué ya empleada por AZÚA y BOSELLINI en lo que hoy se da el nombre de piodermis vegetante, pero está actualmente abandonada.

Al doctor RÍO HORTEGA le pide aclaración en dos puntos oscuros; uno es el de epitelioma en estado de benignidad potencial cuando nosotros creemos que permanecen toda su existencia en benignidad, y el otro en los epiteliomas que él llama aninocéuticos o sea que se encuentran en ellos epiteliofibrillas, debería ser incluido en el grupo anterior y en el grupo de los aninocéuticos quedaría sólo el nevo-carcinoma al que otras profundas diferencias estructurales separan radicalmente de los basocelulares.

El doctor COVISA manifiesta su disconformidad con el criterio del doctor FERNELLS por creer que no se puede utilizar el nombre de pseudoepiteliomas más que con un criterio clínico como hacía el doctor AZÚA, pero nunca desde un punto de vista histológico. No puede admitirse que la existencia de una acantosis más o menos pronunciada en el chanero sifilítico o en otro proceso inflamatorio crónico sea calificado de pseudoepitelioma.

Dirigiéndose al Dr. DEL RÍO y a su colaborador doctor ALVAREZ CASCOS después de admirarles en su labor científica, les dice que los que cultivan la dermatología y sobre todo los que tienen el deber de enseñarla, tienen también la obligación de facilitar su estudio y hacerla accesible a los no especializados. Por eso no le parece aceptable la clasificación propuesta por los autores toda vez que se emplean términos nuevos que no son de fácil recordación aunque etimológicamente sean exactos y exacta también desde el punto de vista histológico. Más fácilmente recordable y más de acuerdo con el lenguaje corriente sin dejar de expresar el mismo concepto sería el calificar los inocéuticos con el nombre de fibrilares o espinosos; los oligoinocéuticos, oligofibrilares o oligoespinosos o mejor escasamente fibrilares y por último los aninocéuticos podrían llamarse no fibrilares o no espinosos. Por lo que expresando los mismos conceptos son nombres más asequibles y de más fácil recordación.

TERCERA SESIÓN

Preside el Dr. FICHERA.

Problemas serológicos, diagnósticos y terapéuticos; ponente, el Dr. MARTÍNEZ NEBOT, de Madrid.

Empieza diciendo que los problemas serológicos en el cáncer de la piel no pueden ser considerados aparte de los problemas serológicos del cáncer en general, por no estar suficiente adelantado el conocimiento de la serología para que puedan separarse las reacciones de los diferentes órganos y tejidos; por este motivo expondrá el estado actual de los conocimientos, de las modificaciones de la sangre y sobre todo, del suero sanguíneo. También se limitará al estado actual de nuestros conocimientos de los problemas serológicos del cáncer en su relación con algunos problemas etiológicos y terapéuticos por estar estos estudios aun en sus comienzos.

Describe con todo detalle el fundamento y la técnica de las principales reacciones propuestas para el diagnóstico de los cánceres haciendo una crítica de las mismas; después explica sus resultados con la de BOTELHO en el cáncer de la piel y finalmente hace unas consideraciones sobre la luz que los estudios serológicos pueden derramar sobre los problemas etiológicos y terapéuticos en el cáncer. Pasa a estudiar las modificaciones que en sus diferentes propiedades sufren el suero y la sangre de los enfermos de cáncer; las propiedades físicas y físico químicas del suero sanguíneo y sangre de estos pacientes; sustancias minerales; hidratos de carbono, sustancias grasas, materias nitrogenadas de la sangre, fermentos, propiedades biológicas del suero canceroso.

En un cuadro hace la clasificación de las reacciones serológicas y comienza por la Meioestágmica de ASCOLI e IZARD, describiendo con todo detalle la técnica y los reactivos a emplear; inmediatamente describe la reacción del rojo neutro de ROFFO, sigue con la de de BOTELHO muy detallada, a continuación la de la Albúmina de KAHN, la antitriptica, la de ABDERHALDEN, la citolítica de FREUND y KAMINER en sus tres modalidades, describiendo en cada una de las reacciones señaladas las técnicas, los reactivos, curso de la reacción y haciendo una crítica particular para cada una de ellas. Sigue un estudio sobre la etiología y sobre la terapéutica y termina sentando unas conclusiones sumamente interesantes.

Comunicación del Dr. MATURANA, de Tarrasa. *Las reacciones de ROFFO y BOTELHO en el cáncer cutáneo.* De su experiencia personal en el estudio comparativo de varios casos, cree más selectiva la reacción de ROFFO, pues da ya positividad en lesiones precancerosas.

El mismo autor lee otra titulada *La colessterina en el cáncer cutáneo.* Se refiere a las experiencias de ROFFO acerca de este tema comprobando en unos casos suyos y con la técnica de GRIGAUT ha hallado un porcentaje de 1'75 a 2'50 cuando lo normal es el 1×1000 , la que puede servir de elemento diagnóstico.

Comunicación del Dr. LLACH. *La reacción de BOTELHO en el cáncer de la piel*, trabajo del servicio de cancerología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Aun reconociendo que en estas afecciones la fácil biopsia está por encima de todo análisis serológico, no obstante allí hacen a todas las neoplasias el examen histológico si es posible, el WASSERMANN, BOTELHO, y últimamente el ROFFO. Hace constar que precisamente es en la piel donde los resultados de la reacción de BOTELHO concuerdan más. Para el análisis emplea la técnica descrita por BEFURE TEDESCO-POLAK.

Su estadística es de 105 epitelomas que divide en dos grupos: epitelio malpighiano tipo piel y epitelio malpighiano tipo mucosa: en la piel el 90 % de positividad, en la mucosa el 82 %. De donde deduce que en la piel es donde ha obtenido porcentaje más elevado de positividad y que es mayor en el tipo piel que en el mucosa.

El Dr. V. CARULLA interviene en la discusión explicando que hace ya más de tres años que dió una conferencia acerca de la reacción de BOTELHO encontrando un 90 % de positividad aún en lesiones cutáneas muy

incipientes, lo cual aún siendo muy interesante tiene poco valor en patología cutánea, donde es muy práctica y sencilla la biopsia, así como los caracteres clínicos bastan casi siempre, por lo que dejó de practicar sistemáticamente esta reacción como venía haciendo por considerar la histología y la clínica superior a esta reacción. En cambio, en los cánceres internos en los que el BOTELHO podría suministrar interesantes datos, tiene pocas positividad, y, por lo tanto, escaso valor.

Pasa a presidir el profesor ZURHELLE y el profesor FICHERA expone su ponencia *Secrecioni interne e cancro.*

Se refiere con preferencia a los trabajos de su escuela, explicando la evolución de los tumores por la rotura de relación entre la sustancia inhibidora y la sustancia excitatriz de la proliferación celular, de cuya armonía derivan los fenómenos de la histogénesis normal y de la regeneración fisiológica así como de la reintegración tisular reparativa. Señala como condición endógena más frecuente la senectud, admitiendo no obstante un factor individual y aun en parte hereditario, así como los factores locales.

Explica que desde hace más de 20 años viene interesándose en sacar a la luz la relación entre el organismo, las secreciones internas y el cáncer, para lo cual estudia las diferentes glándulas en sus efectos inhibitorias, tales como el timo y el bazo y su inverso como excitante, comprobando en sus experimentos que el bazo no se deja invadir o a los menos, pone mucha resistencia, y en cambio, el testículo en seguida se muestra invadido.

Señala el hecho de que el cáncer experimental sólo se injerta en un 95 % de animales, quedando el resto estéril, es decir, que no prende, lo cual da a entender que en estos animales habrá algo que dificultará el injerto.

Habla de dos series de experimentos inyectando en pleno tumor, bazo triturado o bien testículo también triturado, en el primer caso el tumor retarda su evolución, en el segundo lo acelera: poniendo en un tubo preparado para el cultivo de tejidos un sarcoma y en un extremo un trozo de bazo y en el otro de testículo, el sarcoma no crece por el lado del bazo, en cambio, pronto invade el testículo, y análogamente se comporta el ovario.

Recuerda también en apoyo de lo que dice la influencia de la falta del ovario en el cáncer de la mama (siempre se refiere al sarcoma) y que en el animal existe también un período en el que el cáncer no se desarrolla; en el cáncer de la brea, en unos se desarrollan tumores, en otros hiperqueratosis. Si un animal es refractario a la inyección de trituración neoplásica, con fricciones de brea, al cabo de un mes se hace refractario, lo cual significa una modificación general del terreno.

Finalmente, dice, que la teoría del equilibrio oncógeno considera tanto a los agentes locales no específicos—no siempre indispensables y de limitada eficacia—como al necesario factor general interno tal vez en evidente predominio.

El profesor Dr. PEYRI felicita al Dr. FICHERA por su interesante y documentada disertación y desea sólo

añadir una pequeña nota al margen de su trabajo, tal es la de conceder a la piel el carácter de una enorme glándula y que la senectud sea la sola causante de la lesión, aunque no tengamos clara la prueba de senectud de las glándulas.

Continuando la discusión, el Dr. MARTÍNEZ NEVOT dice que en un libro suyo ya publicado en 1922 ya expone que el cáncer era una enfermedad de orden general que necesitaba ciertas condiciones de orden general para su explosión. La predisposición de orden general se ha mostrado posteriormente por las sustancias descubiertas por CARREL y por BISCEGLIC. Las condiciones de orden local están representadas por los estímulos de todo orden: físicos, químicos, biológicos, que estimulan a las células en un punto local del organismo y las hacen aptas para la proliferación.

Comunicación del profesor V. CARULLA, de Barcelona. *Nuestras experiencias para corregir el retardo y la resistencia a la aparición del cáncer experimental del alquitrán. Comentarios sobre la inmunidad en cancerología. Una teoría para explicarla; la paninmunidad de la hipergenesia.*

Comienza diciendo que desde que se comprobó la existencia de tumores espontáneos en los animales de laboratorio se inició la cancerología experimental, siendo el cáncer de la rata muy apto para la investigación, y conseguido uno de estos animales es posible por injerto en nuevas ratas sostener indefinidamente la neoplasia, alcanzando con buena técnica hasta un 100 X 100 de resultados positivos. Cita los trabajos de BAHSFORD, MURRAY y HAALAND, los cuales mediante injertos pequeños y de tumores poco virulentos engendran un estado de inmunidad aún para tumores muy virulentos, siendo no obstante esta inmunidad de muy corta duración.

EHRlich fundó el principio de paninmunidad desde el momento que era posible crear refractariedad al injerto de tumores espontáneos valiéndose de extracto de tumores de estructura histológica diversa y aún de células de tejidos normales, no admitiéndose hoy este concepto por no haberse podido lograr esta inmunidad.

Rechaza en absoluto la naturaleza parasitaria del cáncer y se extiende en múltiples detalles de diferentes autores.

Comienza inmediatamente el estudio del cáncer del alquitrán señalándolo desde su comienzo por ITCHIKAWA y BAUM, pasando en seguida a sus experimentos. Para ello se vale de extractos embrionarios procedentes de fetos de cabra con los que prepara unos inyectables conteniendo 1'25 grs. de tejido fetal junto con placenta y amnios, comprobando que en los conejos sujetos a estas inyecciones el desarrollo del cáncer del alquitrán no se producía, la cancerización en cambio se producía en los testigos.

Durante tres años siguieron experimentando; y si bien el material fué poco, en cambio fué muy estudiado, lo que hace pueda dar conclusiones sin tener que repetir más experiencias.

Como final de su trabajo hace unos comentarios en los que se trata de un hecho de inmunidad celular pero de mecanismo que personalmente por ahora no puede

interpretar y cuyo fenómeno biológico define con el nombre de inmunidad de la hipergenesia.

Siguen unos cuadros en los que van expuestos con todo detalle los experimentos en los conejos.

Comunicación del Dr. Julián GUIMON, Cirujano del Hospital de Bilbao. *Cáncer irritativo de la Piel.*

Es de antiguo sabido que muchos cánceres epiteliales aparecen con motivo de persistentes irritaciones ejercidas en los distintos tejidos; y es la piel sometida a irritaciones diversas que ofrece este género de cánceres. Los agentes los clasifica en mecánicos, físicos, químicos y parasitarios. Cita ejemplos de cánceres debidos a estas diversas causas. También por eliminación cutánea de ingestión medicamentosa (ingestión de brea y arsénico). Se extiende en consideraciones sobre la diversidad de los agentes irritantes y lo inconstante de su acción cancerígena, recordando las ideas de GYE, de LEITH, de LUMIÈRE, y por último, dice que la irritación bajo la acción de muy variados agentes, con cierta preferencia por algunos agentes y tejidos es causa de numerosos epitelomas, siendo su mecanismo casi desconocido.

A continuación describe 11 casos por él comprobados en los que la irritación jugó un papel cancerígeno: siendo 3 debidos a irritación mecánica, cinco por agentes físicos y dos y un precáncer por químicos.

Cáncer de la Piel. Estudios estadísticos sobre su frecuencia, localización y tipos histológicos. El cáncer de la piel como causa de muerte y como enfermedad, por el profesor GOYANES y el Dr. DIE y MÁS.

Empiezan diciendo que la enorme extensión del aparato tegumentario externo y su indefensión ante los agentes exteriores de toda índole, motivan la frecuencia con que la piel padece las lesiones cancerosas. Para el estudio de su estadística forma tres grupos en los que incluye la mayor parte de la misma. A continuación sigue un detallado estudio estadístico de la mortalidad por cáncer en España, siendo curioso leer que siempre en relación con 100.000 habitantes la provincia de España en que mueren más cancerosos cutáneos es Castellón, con 5'78, y la que menos Badajoz, con 1'13. Estudia la mortalidad o sea el cáncer como causa de enfermedad, y topografía del mismo, haciendo extensos comentarios.

El Dr. Rómulo CAMPOS, de Barcelona, presenta una comunicación sobre *Estadística de casos de cáncer de la Piel observados en la Cátedra de Dermatología de Barcelona.*

Resume su trabajo diciendo: Del estudio estadístico de la Clínica Dermosifilopática de la Facultad de Medicina junto con la particular del profesor PEYRI, resultan aproximadamente unos 65.000 enfermos de la especialidad, de los cuales 2.119 están afectos de precáncer o cáncer de la piel o sea un 3'06 X 100. Corresponden al hombre 1.336, y a la mujer 833. El precáncer es aproximadamente la mitad del cáncer 663 X 1.456. Entre los precánceres por orden de frecuencia son: queratomas, leucoplasias, cuerno cutáneo, mugre senil, eritropiasias y PAGET. Los queratomas más frecuentes en la mujer 243 X 162 el hombre. Las leuco-

plasias en las edades más tempranas casi exclusivas del hombre (sífilis, tabaco).

En las gráficas de las curvas por edad hechas por separado, las de la Facultad y las del domicilio del profesor PEYRI se observan en ambas tres momentos ascensionales que coinciden exactamente con los 50, 60 y 70 años, edades de menopausia, de los procesos arterioesclerosos y con la del envejecimiento fisiológico.

El epiteloma de la piel es más frecuente en el hombre, siendo la boca y los labios su localización más frecuente, y en la mujer la nariz. Las localizaciones más frecuentes son alrededor de las aberturas naturales, labios, nariz, boca, lengua, frente, párpados, cara, pene, oreja, surco nasogeniano, piel de la mama, tronco, cuero, cabelludo, vulva, miembros, y ano. Unos cuadros y gráficas acompañan esta comunicación.

LOS DRES. FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA y BRAVO SANFELIU, de Madrid, son ponentes del tema: *Profilaxis del cáncer de la Piel*.

Dicen que mientras no se conozca el agente productor del cáncer, la profilaxia tiene que ser esencialmente patogénica, recordando los tres factores señalados por TEUTSCHLAENDER, a saber: agente exógeno, predisposición al cáncer y la exposición del organismo a los agentes cancerígenos. La protección, pues, contra los agentes cancerígenos (rayos X, radium, hollín, brea, arsénico, etc., etc.), será adoptada en todos los casos, el reconocimiento periódico de todos los obreros empleados en las industrias peligrosas obligatorio; el diagnóstico precoz de las dermatosis sospechosas y la profilaxia de las precancerosas contribuirán en gran manera a esta profilaxia. Por ser él médico dermatovenereólogo y dirigirse a colegas en mayor parte de la misma especialidad, relaciona la profilaxia venérea a la cancerosa, recordando 4 casos de lesiones cancerosas vulvares en antiguas enfermas venéreas, sumando a esto la sífilis, gran agente cancerígeno. Pero donde debe la profilaxia extender su dominio es en el diagnóstico precoz y en el tratamiento de las lesiones que con el tiempo puede llegar a cancerarse. Dice que en los grandes centros de cancerología no debe faltar la colaboración dermatológica, pues además de que el de la piel es el más frecuente, como lo comprueban las estadísticas, debe ayudar en la misión educadora contribuyendo con folletos y artículos a su mejor conocimiento por todos los médicos. La lucha anticancerosa debe ser popularizada, como todas las de carácter sanitario, primero entre los médicos, pero alcanzando también a la gran masa, enseñándoles a reconocer lo peligroso que es llevar lesiones crónicas en la piel, solicitando el reconocimiento a la menor alarma.

Finalmente, dice que la profilaxia social del cáncer cutáneo, como toda labor sanitaria de higiene social, se encierra en dos palabras: higiene y cultura.

CUARTA SESIÓN

Preside el Dr. COVISA.

El ponente Dr. PIGA, de Madrid, lee su trabajo acerca de: *Roentgenterapia del cáncer de la piel*.

Dice que el cáncer cutáneo es muchas veces curable por la roentgenterapia, pero no todos responden a esta

terapéutica, lo que dió lugar a una serie de estudios para buscar el motivo de esta radioresistencia llegándose a la conclusión de que los espinocelulares eran radioresistentes; en cambio, los epidermoides curarían con facilidad. La perfección de las técnicas va mejorando las estadísticas de curación; sin embargo, estamos casi indefensos frente a las propagaciones ganglionares. No cree a los Rayos X panacea para todos los procesos cancerosos, pero sí les concede lugar muy importante en la terapéutica de estas afecciones, diciendo que hay que escoger los casos, ya que habrá algunos que les estará mejor indicada la cirugía, en otros el radium y en algunos combinando ambas terapéuticas.

Divide su trabajo en 4 partes: 1.º Resultados que pueden obtenerse mediante el uso exclusivo de la radioterapia en los epitelomas cutáneos. 2.º Peligros, contraindicaciones y no indicaciones de la radioterapia en el tratamiento de los epitelomas cutáneos. 3.º Valor comparativo de la radioterapia con la cirugía, la curieterapia y la electrocirugía, y 4.º Valor complementario de la irradiación roentgen en la terapéutica anticancerosa de los epitelomas cutáneos.

El profesor DUBREUILH, de Burdeos, expone su ponencia: *Traitement des cancers cutanés par les Rayons X à dose massive*. Dice que la radioterapia es el tratamiento de elección de la mayor parte de los cánceres de la piel, pero para ello es necesario saberlos emplear. El epiteloma cutáneo es en su comienzo y durante largo tiempo, una lesión superficial, en este caso se aplicarán los rayos poco penetrantes y sin filtro. Otro punto interesante es el empleo de dosis masivas para destruir de una vez a todas las células cancerosas, siendo nefasto el empleo de las pequeñas dosis. El temor de las dermatitis hace que muchos radiólogos empleen dosis insuficientes, lo cual inmuniza al cáncer y lo hace radioresistente. Cuando el cáncer es profundo, ataca al dermis y sobre todo, invade los ganglios, entonces los rayos X, aplicados como queda dicho antes, son inútiles, es conveniente obrar profundamente y emplearemos de preferencia el radium, más manejable, más preciso y más eficaz que los rayos X. Si la neoplasia ataca al hueso, el resultado es nulo. En los cánceres secundarios de la piel, pero para ello es necesario saberlos emplear. interno, no hay nada a hacer, la radioterapia da sólo resultado momentáneo. Una forma muy resistente es el carcinoma cutáneo, melánico o no, ya sea debido a un nevus carnoso, ya a una mancha de melanosis circunscrita precancerosa. A continuación habla de la electrolysis y de la electrocoagulación concediéndoles poco valor.

Dice que la división muy seductora en espinos y basocelulares es imposible de sostener en clínica, pues la mayor parte son formas mixtas sensibles ambos a la radioterapia.

Curiterapia del cáncer de la piel. Ponente, el doctor Antonio PEYRI, de Barcelona. Señala como hecho fundamental la radiosensibilidad celular, siendo el momento de mayor sensibilidad el de la actividad reproductora celular y basta para que desaparezca una especie celular el producir la muerte de las células madres por su actividad reproductora las más sensibles. Dice que

todas las células y tejidos del organismo sufren por la acción de las radiaciones aun cuando varíe la manera de manifestarse la radiolesión sufrida, pudiendo no manifestarse por mucho tiempo. Las lesiones dependen de la energía absorbida, lo cual a su vez depende de la cantidad y calidad de la radiación. Se está muy distanciado de los tiempos en que se colocaba una masa de radium sobre un tejido canceroso. Cita una serie de detalles muy interesantes y difíciles de extractar, señalando que actualmente no existe dato alguno para que *a priori* se pueda deducir el grado de sensibilidad de un epiteloma cutáneo.

Se muestra partidario de la irradiación única, y señala como puntos importantes para servir de guía la radioneerosis aguda difusa, radioepidermitis de NOGIER-REGAUD y el eritema, describiendo cada uno de estos puntos. Establece unas bases terapéuticas, tales como dar la dosis cancericida en la base de la neoplasia, irradiación a dosis máxima, dosis cancericida a la profundidad deseada y que la distribución sea uniforme en todo el tumor; duración de la aplicación en sesión única. A continuación y basándose en lo que acaba de decir expone la técnica de la curiterapia regida por la profundidad de la lesión y estableciendo la división de epitelomas en superficiales, vegetantes y profundos. Acerca de la radiumpuntura dice que no se presta a irradiar uniformemente un tumor, detalla la curiterapia por focos exteriores, acompañando un gráfico para la mejor comprensión.

Finalmente, dice que ha trabajado con preferencia en cánceres de piel de origen epidérmico, pero aunque tenga corta experiencia en los de origen glandular (sudoríparos y sebáceos) cree deben emplearse las mismas técnicas. En cuanto a los nevocánceres los cree tributarios de la electrólisis. Acaba diciendo que en el estado actual es posible formular normas terapéuticas, aun cuando sean transitorias, en espera de mejores soluciones al magno problema de la terapéutica del cáncer.

Comunicación: *Curietherapie des Epitheliomes de la peau*, por el Dr. P. DEGRAIS. El tratamiento de los cánceres de la piel no es único; por lo tanto, no es función de una sola calidad de rayos. Creer que con sólo tubos y agujas que solo permiten el paso de los Y es técnica defectuosa, pues los B son interesantísimos. En los epitelomas de superficie plana los aparatos de superficie o sean las placas que permiten un empleo muy grande de los B. Así lo emplean en las lesiones queratósicas precancerosas y en ciertas formas de epitelomas.

En cuatro grupos divide los epitelomas que responden a técnicas curieterápicas diferentes. Pequeños epitelomas, epiteloma perlado plano—epiteloma mamelonado — epiteloma ulcerado — epiteloma infiltrante. En el primer caso los aparatos planos de 1'5 a 2 mlig. de radium \times c.2 sin filtro durante una hora u hora y cuarto, si es necesaria una acción más prolongada en profundidad un filtro de 1/10, 2/10 ó 3/10 de plomo con interposición de un poco de gasa durante 2, 4, 6 horas, según el espesor del filtro y el de la lesión.

En los epitelomas mamelonados según la superficie de la neoplasia; si ésta es de mamelones pequeños que

no sobresalen de la piel cercana, las mismas placas se usarán los filtros de 2/10 a 5/10 de milímetro, y 6-12 horas según el filtro empleado. En mamelones más marcados emplean los tubos sin filtro de 6 a 24 horas. En caso de grandes mamelones, si es pediculado con el galvano se cortará y en seguida 12-24-48 horas de tubo más o menos filtrados. En los tumores sesiles los tubos introducidos en plena masa tumoral. En epiteloma ulcerado, *ulcus rodens*; Las formas ulcerosas invaden tejidos profundos y se extienden considerablemente. En el cartílago y en el hueso, las irradiaciones son impotentes; será, pues, cada enfermo un caso particular: en el pequeño epiteloma, úlcero-costroso de ulceración en superficie, las placas sin filtro de 1 ¼ y 1 ½ hora y los tubos en superficie de 5 a 8 horas; en los epitelomas ulcerados de grandes dimensiones, los tubos envueltos en gasa procurando que en el centro haya más gasa, la duración 12 horas. En el PAGET, el filtraje de 2 milímetros y la duración 24 horas. En el epiteloma ulcerado de superficie moderada pero cuya alteración es profunda—*ulcus rodens*—las aplicaciones de larga duración, 8 días y más; si sólo la ulceración es puramente cutánea, 48 horas con filtro de 2 mil. de plata o 5 mil. de gasa; si la lesión está junto a un plano óseo, menos duración con objeto de evitar las lesiones periósticas u óseas ya trastornadas en su vitalidad. Señala la necesidad de respetar el tejido conjuntivo con objeto de facilitar la cicatrización, para lo cual la cantidad de radium no debe ser excesiva.

En el epiteloma infiltrante—cancroide—en el pequeño cancroide espinocelular, epidermoide, que se infiltra se hace rápidamente adherente al fondo y se acompaña de ganglios, aplicaciones masivas y cortas. En cuanto a la adenitis, es partidario de la irradiación profiláctica; si ya existen ganglios excesivos, quirúrgica, y radium en la cavidad 24-48 horas de tubos: en adenopatías voluminosas no hay nada a hacer.

La nieve carbónica y el raspado en el cáncer de la piel. Comunicación por el Dr. ALORDA, de Palma de Mallorca. Emplea el proceder de DARIER y LORTAT-JACOB; trata algunas afecciones precancerosas con el criocauterio.

Prepara primero la región, limpiándola, pone encima de la lesión unas gotas de acetona y aplica en seguida la nieve carbónica; una vez congelada la tumoración, hace el raspado con cucharilla cortante o con bisturí seguida de otra aplicación de nieve, y un pequeño vendaje compresor. Ha tenido éxitos y no ha tenido recidivas, cicatriz fina, lisa, blanda y no atrófica. Sus trabajos están hechos en el Hospital Provincial de Palma de Mallorca. Ha tratado: queratomas seniles, 8; nevos pigmentarios, 7; cuernos cutáneos, 3; *ulcus rodens* superficiales, 8; nodulares, 3; ulcerosos, 2; esclerodérmicos, 1; vegetantes, 1; cancroide papilar córneo, 1. Nevocarcinoma, 3; epitelomas labio, 2. Sus resultados son en las lesiones precancerosas; los éxitos han sido totales; la cicatriz estética.

Dr. RIBAS ISERN. Comunicación acerca de: *Técnicas radiumterapéuticas y quirúrgicas que facilitan el tratamiento del cáncer cutáneo.* Dice que aunque cirujano, no ha dejado de asistir a los progresos de las técnicas

radioactivas, sin que esto quiera decir que hoy ya no corresponde al cirujano el tratamiento de estos tumores antes al contrario, que su colaboración es necesaria. Dice que la clave de los éxitos es el dar dosis suficiente, electiva, no cáustica y de una manera uniforme.

Cree necesaria siempre una biopsia antes de proceder al tratamiento, un atento examen clínico de la lesión y de los ganglios regionales, seguido de un buen examen general para buscar metástasis, para saber el estado del hígado y riñón con preferencia. Encuentra múltiples inconvenientes a las agujas de radium, pero reconociendo ciertas indicaciones de éstas, y se muestra un partidario de las aplicaciones de radium en superficie y describe la técnica que emplea.

Ponencia del Dr. CIRERA, de Barcelona, sobre: *Tratamiento de los epitelomas cutáneos por acción directa de la electricidad*. Describe la electrólisis y su técnica y los resultados que ha obtenido. A continuación la electrocoagulación con técnica y resultados. Admite ventajas a la cirugía por sus cicatrices estéticas, sin peligro de hemorragias operatorias.

Como conclusiones cita: 1.º Que la electrocoagulación debe constituir como un tratamiento básico en el cáncer de la piel; 2.º Que la electrólisis del ion zinc podrá ser usada concurrentemente con la electrocoagulación en los procesos superficiales y de poca extensión; 3.º Que deberán ser singularmente tratados por electrocoagulación los cánceres poco sensibles a las radiaciones y los desarrollados sobre nevos vasculares, y, 4.º Que deben tratarse por electrocoagulación los cánceres de los radiólogos.

Ponencia: *Tratamiento de las complicaciones*, por el profesor V. CARULLA, de Barcelona.

Comienza por las infecciones sobreañadidas a la neoplasia cutánea, diciendo que si bien en la piel tienen una relativa importancia, es en cambio en las mucosas interesantísima. Toda la gama microbiana puede intervenir en estas afecciones, pero hay algunas bien conocidas, tales como las que asientan en las neoplasias de la boca, cuyo germen son los espirilos y los fusiformes, que tienen una gravedad especial e incluso dan lugar a septicemias. Sin embargo, es que los ganglios se afectan por la sola infección, supurando solamente con facilidad cuando el cáncer ha invadido el ganglio. La formación de flemones y adenitis agudas es rarísima, pero cuando se presenta añaden gravedad al problema terapéutico. Frente a la infección, las irradiaciones agravan la infección, por lo tanto es de suma importancia luchar contra la infección. Los medios químicos no hacen nada, siendo conveniente el empleo de la sola autovacunoterapia. El conocer la flora microbiana es indispensable, así como lo es la biopsia para hacer siembras, siendo acaso el germen más maligno el estreptococo; al mismo tiempo y localmente es muy útil y de excelente resultado la autocaldovacuna.

En la boca se emplean con éxito los preparados de bismuto, habiendo tenido ocasión de comprobar sus buenos resultados.

Contra el ganglio es el punto que más debemos luchar, debiendo ayudar la cirugía en muchos casos, sin esperar a que éste se manifieste y por lo tanto la resección

quirúrgica se impone en primer término. La técnica de cambiar el radium con los Rayos X y la cirugía es muy aconsejable y a ella recurre frecuentemente. En cuanto a las metástasis no quedan más que remedios paliativos.

Como hecho paradójico, cuando se trata de cánceres superficiales y la irradiación produce la eliminación de la neoplasia, se elimina también la infección. Se refiere a los trabajos del Dr. LACASAGNE, quien cree también que las irradiaciones no actúan contra la infección, antes al contrario, en las neoplasias profundas la empeora por producirse una disminución local de defensas, y por lo tanto, más facilidad de desarrollo microbiano y sobrevenir grandes peligros. Se refiere a su experiencia personal, que alcanza 6.000 enfermos, y dice que sus datos concuerdan con los de diferentes autores.

En Ginecología es donde más empeoramientos se observan, y más si se emplea la radiumpuntura, que abre paso a los gérmenes.

Las soluciones magnesio-oxigenadas en el tratamiento de los epitelomas cutáneos ulcerados. Comunicación por los Dres. ARMERO y PÉREZ PRIETO, de Madrid. Es esta nota resultado de los tratamientos hechos con el cloruro magnésico en el tratamiento del cáncer cutáneo. Se refieren a 15 casos en enfermos que no habían tenido gran resultado otras terapéuticas; emplean la solución de cloruro magnésico al 12'10 por 100 mezclada con agua oxigenada a 12 volúmenes en proporción de 2 de la primera por una de la segunda, para uso tópico y el de solución de 20 % en inyección de 1 cc. cada 24 horas. Los resultados antihemorragíparos y desodorantes son muy notables, favoreciéndose la cicatrización en gran modo.

Un tratamiento de las adenopatías cancerosas. Comunicación por el Dr. SANCHIZ ROQUÉ. Conocido el pronóstico de las adenitis cancerosas y el fracaso de las terapéuticas corrientemente empleadas, el autor, sospechando que las recidivas son por insuficiencia de dosis, introduce el radium en la profundidad de los tejidos neoplásicos valiéndose de agujas clavadas en el espesor del ganglio y tejidos que lo circundan durante un cierto número de días y durante este tiempo hacer una aplicación de radioterapia sobre la región ganglionar. Disecan los ganglios y clavan directamente en ellos las agujas separadas unos dos centímetros unas de otras y después se sutura la herida. La dosis es entre 20 y 25 millicuries destruidos. El día antes de retirar los tubos hace la irradiación Roentgen, procurando abarque toda la región en dosis de 600 a 800 R. KUSTNER en una sola sesión cuya variación depende de la profundidad.

Ha tratado 26 enfermos, habiendo desaparecido todas las adenitis, sin que ello quiera decir que estén curados, pues en algunos han aparecido metástasis y en otros no se ha detenido la evolución de la neoplasia inicial.

QUINTA SESIÓN

Preside el Dr. GOYANES.

Tiene lugar esta última sesión en el Anfiteatro de la Antigua Facultad de Medicina, hoy Real Academia de Medicina. Empieza el Dr. LACASAGNE, de París, salu-

dando a la presidencia y congratulándose de poder hablar en este local, donde tantos hombres célebres honraron la cátedra. Alude a los nombres de GIMBERNAT, SERVET, MATA y RAMÓN Y CAJAL, grabados en la pared de este local, que han sido y son verdaderos maestros.

A continuación pasa al estudio de su ponencia: *Les resultats de la curietherapie des epitheliomes des lèvres*. Dice que en 1921, el Dr. REGAUD y sus colaboradores dieron a conocer la técnica que habían reglado para la curieterapia del cáncer de los labios. El estudio de hoy le permite juzgar el valor de los resultados que ha dado esta técnica sistemáticamente empleada. Comprende su estadística 136 casos tratados en el Instituto del Radium de París, desde que se abrió en 1919 hasta 1926. A continuación detalla por fechas y por edades del enfermo el número de los tratados. Divide para su mejor estudio en cánceres del labio inferior y del labio superior. En el labio inferior encuentra 5 mujeres entre 116 casos observados; como característica histológica corresponden a la variedad pavimentosa epidermoide, y bajo el punto de vista anatómo-clínico divide el estudio de esta localización en 4 fases, según la extensión de la neoplasia.

En cuanto a la forma de tratamiento utilizado ha sido ya la radiumpuntura, ya la curieterapia en superficie con aparato moldeado, con preferencia este último, y a veces, combinando ambos métodos y aun asociándolos con los Rayos X. Analiza con detalle los resultados obtenidos y estudia los fracasos en 26 enfermos. Hace capítulo a parte del tratamiento de los territorios linfáticos, dividiendo en tres fases las lesiones ganglionares (sin ganglios aparentes, con ganglios sospechosos y con adenitis manifiesta); explica la técnica de tratamiento empleada, radium y cirugía.

El segundo capítulo comprende el estudio del cáncer del labio superior: análogamente al capítulo anterior, los divide también en cuatro estadios y hace parecidas consideraciones acerca de los territorios linfáticos de lo hecho en el labio inferior. Clasifica los epitelomas del labio superior en epidermoides y no epidermoides (basocelulares).

En sus conclusiones señala que para el labio inferior después de 3 años de curación un 65 %, 80 % y 90 %, según la fase en que se empezaron a tratar; después de 5 años la proporción es algo menor, 50 % - 81 %.

El Dr. NOGUER MORÉ, de Barcelona, lee su ponencia: *Cáncer del labio*, empezando por hacer unas consideraciones etiopatogénicas del cáncer del labio; divide las causas en generales y locales; como generales describe con detalles de lesiones sífilis, tuberculosis, mucosis, intoxicaciones (alcoholismo, arsenicismo, tabaquismo).

Como causas locales, las lesiones precancerosas del labio, neoplasia labial (fisura leucoplásica y úlcera leucoplásica), la kraurosis labialis; la eritroplasia que describe en un mismo capítulo con la dermatitis precancerosa de BOWEN, dando la opinión de que son un mismo proceso; las queilitis glandulares del labio; inflamaciones diversas y otras lesiones irritativas del labio.

A continuación, pasa a describir las formas clínicas del cáncer del labio, considerando como muy interesantes, el epiteloma chaneriforme y la forma fagedénica

o terebrante, los cuales describe. En cuanto al pronóstico, dice que el diagnóstico precoz acompañado de un tratamiento enérgico y también precoz permitirán siempre considerar el cáncer del labio como relativamente benigno. Se muestra decidido partidario de la radiumpuntura.

El Dr. P. DEGRAIS, de París, lee su comunicación acerca de: *Formes cliniques du cancer de la peau*. Después de una idea general acerca de la curieterapia cutánea, pasa al estudio de los epitelomas de la piel, los cuales divide en 4 grupos clínicos que responden a técnicas diferentes de aplicación del radium.

1.º Pequeños epitelomas planos; epiteloma perlado emplea la placa sin filtro de 1'5 a 2 mlig. Radium por centímetro cuadrado la duración de 1 hora a hora y cuarto. Si se desea aplicación más profunda un filtro de 1, 2 a 3 décimas de plomo o la interposición de un poco de gasa y de 2 a 4-6 horas de duración.

2.º En el epiteloma mamelonado si es poco excrecente la placa con filtro de 2 a 5 décimas de plomo y de 6 a 12 horas según el filtro empleado. Si la proliferación es muy exuberante o bien si es pediculada, se extirpa con el gálvano y se aplica la placa después o bien si es sesil se trata con agujas.

3.º En el epiteloma ulcerado, *ulcus rodens*, si es superficial, la placa o los tubos en superficie; y si es profundo, fijado ya a los planos profundos, sesiones de larga duración (8 días).

4.º En el epiteloma infiltrante, el cancroide es el caso peor, los tubos deben ser empleados. En cuanto a la adenopatía, siempre de mal pronóstico, emplea la cirugía y el radium.

El Dr. L. RODRÍGUEZ SIERRA, de Santander, pasa a dar lectura a su comunicación: *Cáncer del labio tratado por el Radium*. Explica que el cáncer del labio tiene como los de la piel, sus lesiones precancerosas, siendo la más frecuente una pequeña excoriación que los fumadores atribuyen al tabaco o al papel o a una quemadura: otra es una pequeña tumoración de color morado después de los 50 años que sangra fácilmente, se ulcera y clínicamente es un angioma; y por último, la mancha leucoplásica en sífilíticos antiguos y mal tratados, que al ulcerarse es en ciertas ocasiones tratada intempestivamente por cáusticos. Hacer el diagnóstico clínico y el W., ayudarse con la biopsia siempre que sea posible.

Describe tres formas clínicas con técnica distinta: 1.º Lesiones precancerosas localizadas en la mucosa superficial o capa submucosa; 2.º Las que infiltran profundamente el labio, y 3.º Las que van acompañadas de adenopatías voluminosas (DOMINICI).

¿Debe optarse por la cirugía o por el radium? El de elección es el radium. El emplea la primitiva técnica de los doctores WICKAN y DEGRAIS, o sea el radium en placa. Si se trata de lesión precancerosa, 4 horas de placa, en el 2.º caso en epitelomas espino o basocelulares emplea la placa con filtro de plomo en sesiones diarias hasta sumar 50 horas en los espinos y en los basocelulares 30 horas. Los espinos celulares van acompañados de adenitis, éstos requieren tubos en pasta Columbia, y los cree tributarios de los grandes centros anticancerosos.

Cáncer del dorso de la mano, por el Dr. DUCUNG, de Toulouse. En los marinos y en los labradores, y en general en las personas expuestas a las irradiaciones solares, así como en las dermatitis crónicas, pueden desarrollarse cánceres en el dorso de la mano que por su localización ofrecen algunos caracteres particulares, tales como al profundizar, invadir las articulaciones formando verdaderas artritis neoplásicas: son de preferencia espino-células (en 20 casos 19 lo eran). Describe la sintomatología que no es diferente a la corriente de las otras localizaciones. Señala cuatro formas: la fisuraria, la vegetante o en coliflor, la ulcerosa y la infiltrante maligna *d'emblée*. Cree indispensable la biopsia, y en cuanto a su terapéutica hace el curetaje previo, radium y extirpación quirúrgica de las adenitis.

El Dr. F. CRIADO, de Madrid, pasa a desarrollar su ponencia: *Cáncer de los genitales externos del hombre*.

Comienza por el cáncer del pene, señalando detalladamente la etiología, con una proporción del 3 % del conjunto de otras localizaciones y su mayor frecuencia entre 50 y 60 años, habla del contagio matrimonial negativo, señalando hechos y estadísticas y admitiendo los traumatismos, el fimosis, la sífilis, los tumores benignos, nevus, angiomas, papilomas, los trayectos fistulosos urinarios. A continuación se extiende en detallada sintomatología en sus diferentes localizaciones, meato, glánde, surco coronario, prepucio, piel del pene. Explica que adopta dos formas principales: la ulcerosa o terebrante, que profundiza con rapidez, y la vegetante o en coliflor. Histológicamente tiene dos variedades, según que el comienzo sea cutáneo o mucoso; en el primer caso, son generalmente espino-celulares típicos; en cambio, en el mucoso, formas derivadas del espinocelular. Los sarcomas son raros en el pene y hay quien los niega.

Hace amplio diagnóstico diferencial con variadas afecciones venéreas, granulomas infecciosos, lesiones diabéticas, tuberculosas, etc., y recuerda ligeramente las afecciones precancerosas, queratosis, enfermedad de PAGER, eritroplasia y enfermedad de BOWEN. En cuanto al tratamiento, el más antiguo es el quirúrgico, creyendo que lo más indicado es la crioterapia después de hablar de Rayos X y electrocoagulación. A continuación describe el cáncer de la uretra, al que considera muy raro, con su sintomatología, histología, diagnóstico diferencial, mal pronóstico y terapéutica difícil. El cáncer del escroto más corriente es el que se conoce con el nombre de cáncer de los deshollinadores, espinocelular de localización en la porción inferior del escroto, debe ser considerado como cáncer profesional: de diagnóstico fácil, aunque es preferible biopsarlo y el tratamiento de preferencia debe ser profiláctico.

En la discusión de esta ponencia interviene el profesor GUILERA, quien manifiesta que ha observado 15 casos en tres años, de los que sólo quedan 9 útiles con más de 1 ½ año de observación. Tratados con una o dos hileras de 4 tubos de 6'66 milig. en general; Algunas veces en las formas vegetantes con tubos de 13'33 milig. filtrados con sólo 1 mm. de platino y en las otras con 2. Administra de 50 a 100 milicurios. De los 9 casos cuya lesión primaria ha sido tratada con radium, 7

curaron definitivamente la lesión penecana y 2 fracasaron. De estos 7, 3 permanecen curados desde más de 2 años, 2 y 1 de más de 1 ½ años.

El profesor CARULLA, dice que en el año 1921 a 1923 trataba las neoplasias del pene con radioterapia profunda, valiéndose de un molde de cera para homogeneizar las dosis: tiene dos casos curados desde entonces por este proceder. Más tarde empleó el molde de pasta Columbia, habiendo obtenido radio epidermatitis y radionecrosis tardías por ser difícil la dosificación de estos fuegos cruzados. Actualmente emplea la radium-puntura con buen resultado. Solamente en los muy proliferantes entregamos el cáncer al cirujano para la comprobación irradiando antes con Rayos X el pene y las regiones ganglionares. La irradiación previa y la observación posterior le ha permitido tres curaciones en 5 casos después de tres años. Los ganglios deben operarse o ser tratados con radium—roentgen—cirugía.

La ponencia del Dr. CONILL: *Cáncer de los genitales externos de la mujer*, la lee su autor diciendo que es una relativa rareza esta localización, siendo el cáncer de la vulva de los menos frecuentes, citando diferentes estadísticas en apoyo de su afirmación. La edad de su aparición es avanzada según la estadística de Barcelona, es término medio 63'5 años. La etiología es muy oscura no encontrándose lesiones precancerosas con tanta frecuencia como se presentan en el cáncer de otras regiones. Estudia el prurito como síntoma común a muchas ginecopatías; describe la Kraurosis, que puede coincidir con el cáncer, y sobre todo, la leucoplasia, verdadero estado precanceroso.

Describe las formas nodular, papilosa, la ulcerosa y la eflorescente y aún una última que es el carcinoma difuso de la vulva, forma rara extendida a toda la región. En los primeros tiempos los ganglios no están afectados, pero pasado el período inicial la reacción linfática es progresiva y la caquexia el modo más frecuente de morir estas enfermas, siendo muy poco frecuentes las metástasis. A continuación hace el diagnóstico diferencial con varias afecciones, siendo poco aconsejable la biopsia. Como tratamiento recuerda los entusiasmos que produjeron los Rayos X en sus comienzos. Prefiere la cirugía precedida de la irradiación Roentgen, la recidiva la bloquea con agujas de radium y habitualmente con roentgenterapia profunda.

La cirugía ante el cáncer de la vulva. Comunicación por el Dr. A. LORCA RUIZ, de Barcelona. Enseñanzas que se desprenden del estudio de 19 casos: El cáncer vulvar lo ha observado siempre por encima de los 40 años, y en menopausias unas veces con síntomas predecesores, otras sin ellos. La forma clínica dominante es la infiltrada o corrosiva, la leucoplásica vulvar lo ha precedido en casi un 50 % de los casos. El examen histológico acusa marcado predominio del epiteloma lobulado con glóbulos córneos sobre el de células basales. El asiento predominante está en la cara interna de los grandes labios, región vesicular y clitoris y por último la comisura vulvar posterior.

Amplia extirpación neoplásica y vaciado inguinal; las recidivas son frecuentes, un 50 %. Es partidario de amplia escisión quirúrgica con vaciamiento inguinal do-

ble, siguiendo la Roentgenoterapia local. No hay que suturar los bordes de la lesión. Señala diferentes autores que irradian primero la región y después la extirpan, con lo cual intentan apartar el peligro de la diseminación.

El Dr. PUJOL Y BRULL, no se muestra conforme con el criterio sustentado por el ponente, siendo partidario de emplear los medios físicos en la lesión primaria, dejando los quirúrgicos para las lesiones más adelantadas, discute al ponente el concepto de kraurosis y la técnica del tratamiento de las adenitis una vez extirpadas, colocando mayor cantidad de radium en la cavidad.

El profesor TERRADES dice que los epitelomas de la vulva siempre recidivan a pesar de quitar los ganglios, de irradiar antes de operar y de todas las precauciones, mostrándose muy pesimista.

El Dr. CIRERA hace observar que la electrocoagulación tiene la ventaja de ser ejecutiva como la cirugía, con ciertas ventajas sobre ella, como explica en su ponencia.

El Dr. TORRE BLANCO, manifiesta que el criterio general sustentado por él es el tratamiento quirúrgico de las lesiones vulvares (a no ser que estén demasiado extendidas) y roentgenoterapia en los ganglios inguinales. Desde luego cree que las formas incipientes deben ser siempre tratadas quirúrgicamente.

Rectificación del Dr. CONILL.

Sostiene en absoluto los términos de su ponencia en el sentido de que el cáncer de la vulva en sus comienzos y siendo fácilmente operable debe operarse, pero en cuanto ha pasado de esta fase es mejor la fisioterapia. La dosis de 50 milig. de Radium que raras veces dejamos va filtrada en cobre y se moviliza durante este tiempo.

Cáncer de los párpados, ponente el profesor SORIA, de Barcelona. Como Catedrático de Oftalmología de esta Facultad tiene a su cargo el dispensario anexo a la Cátedra, habiendo encontrado en 4.829 enfermos del aparato visual, 43 diagnosticados de tumores, de los que sólo 26 se consideraron como malignos, o sea un 5×1000 de neoplasias malignas. Agrupa sus observaciones en: tumoraciones palpebrales confundibles clínicamente con neoplasias; tumores benignos de los párpados; neoplasias malignas de las partes vecinas susceptibles de invadir subsiguientemente los párpados; neoplasias malignas orbitarias extendidas a los párpados; neoplasias palpebrales que más tarde invaden la órbita y neoplasias localizadas en el párpado.

El Dr. MERCADAL, de Barcelona, co-ponente del tema anterior, desarrolla su ponencia: *Cáncer del párpado*. Comienza señalando las discusiones entre los intervencionistas y los fisioterapeutas; con el tiempo la fisioterapia se ha impuesto, y si bien aún no de un modo único como en la mayoría de los casos para coadyuvar a la quirúrgica, cuando la primera por sí sola fuese suficiente. Para orientar la terapéutica no quirúrgica cree necesario hacer una clasificación según la localización de la afección y según la forma clínica o histológica de la misma. Estudia: 1.º Párpado inferior; 2.º Comisuras; 3.º Bordes, y 4.º Párpado superior.

En cuanto a histología para su mejor conocimiento y

exposición se acoge a la clasificación de DARIER, que detalla ampliamente. A continuación explica las dificultades de la técnica de aplicación del radium con objeto de no dañar el globo ocular. Describe la electrólisis, la electrocoagulación, la gálvano y termocauterización, la Crioterapia, las pomadas arsenicales y diversos emplastos, los Rayos X, el radium y el torium X, dando amplios detalles de técnicas de aplicación y de las indicaciones que en cada caso son posibles.

El profesor CASADESÚS: Ponencia: *Cáncer del oído externo*.

Dice ser poco frecuente. Los dermatólogos ven y tratan los que radican en el pabellón y en el surco retroauricular.

DE FERRERI sólo señala $1 \frac{1}{2}$ por 1.000 entre 5.000 enfermos del oído. Es más frecuente el del pabellón y comúnmente son espino-celulares, de preferencia en la circunferencia del helix, de curso lento, se ulcera por el rascado y entonces acelera su marcha. La invasión ganglionar es muy tardía, lo que permite obtener buenos resultados en el tratamiento. Hace el diagnóstico diferencial con el lupus y con la lúes gomosa. La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección si es reparable su gran deformidad. El radium da buenos resultados. En el conducto auditivo externo pueden ofrecer la forma anátomo-patológica de carcinoma glandular, o bien la epidermoide: la primera suele ulcerarse tardíamente, en cambio, con más facilidad que la del pabellón da lugar a metástasis. La forma epidermoide, tanto en su aspecto como en su evolución es análoga a la del pabellón. En estos casos se muestra poco partidario del tratamiento quirúrgico, en cambio, cree que es en donde está más indicado el radium.

Cáncer del oído externo, ponentes, los Dres. BARRIO DE MEDINA y GONZÁLEZ VILLANUEVA, de Madrid. Después de unas consideraciones generales, pasan al estudio del epiteloma del pabellón de la oreja, diciendo que son éstos poco frecuentes. Describen su sintomatología y admiten dos formas principales, la vegetante y la ulcerosa, estudiando en detalle sus caracteres clínicos e histológicos. Las dos variedades de espino y baso celulares se encuentran en esta región y lo mismo que en los otros lugares de la precocidad del diagnóstico depende el éxito de la curación, estableciendo el diagnóstico diferencial con los tumores benignos, con ciertas dermatosis, con el lupus, la sífilis en su período primario y terciario.

Al llegar al tratamiento, creen que éste es esencialmente quirúrgico, extirpando la neoplasia y los ganglios de la región si son sospechosos, describiendo la técnica que emplean; a continuación exponen su parecer en el tratamiento con Roentgen y radium, así como con las técnicas a emplear, hablando también de la electrocoagulación de la termo o gálvano cauterización, de la crioterapia, de los rayos ultravioletas, de la electrólisis y finalmente, de los medios químicos. Aconsejan, pues, la extirpación seguida de irradiación.

Un capítulo aparte dedican al sarcoma del pabellón, afección que reputan rara, que se presenta por término medio entre los 25 y los 35 años; tiene preferencia por el lóbulo de la oreja e histológicamente presenta dos

variedades, sarcomas fibroplásticos en sus distintas formas y los linfoblásticos. Describe la sintomatología clínica y su evolución lenta, siendo más rápida en los linfosarcomas, hace el diagnóstico diferencial con los tumores benignos, fibromas, angiomas, quistes. En cuanto al pronóstico está en relación con la reacción conjuntiva que histológicamente presenta el tumor y en cuanto al tratamiento, los Rayos X y el radium. A continuación describe el cáncer del conducto auditivo externo, diciendo que es menos frecuente que el del pabellón, señalando análogas causas que para el último, aunque en esta localización hay dos muy importantes, el eczema crónico del conducto y el paso del pus en los antiguos otorreicos. Adopta también la forma vegetante y la ul-

cerosa, estudiando detalladamente su sintomatología, le cree de diagnóstico fácil, por ser pocas las afecciones con que puede confundirse, señala un pronóstico grave por tratamiento quirúrgico, seguido de Rayos X o radium. En cuanto al sarcoma del conducto auditivo externo, afección muy rara, se desarrolla en la infancia y adolescencia sin que se conozcan las causas, asentando en el conducto óseo; describe la sintomatología, hace rápido diagnóstico diferencial, mal pronóstico y poco tratamiento, que es sólo quirúrgico si se llega en sus comienzos y sin que la terapéutica física tenga acción sobre él.

J. TRAGANT.