

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV | Bogotá-Colombia, S. A. Mayo 15 de 1934 | No. 513

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ALGUNAS OBSERVACIONES DE CANCER DEL SENO INOPERABLES

Por el doctor Eliseo Montaña.

Qué tratamiento de elección emplear?

Señores Académicos:

Vamos a presentaros algunas observaciones de cáncer del seno *inoperables*, que se me han presentado, con la mira de promover una discusión y oír vuestros autorizados e ilustrados conceptos sobre le tratamiento y la conducta que deba observar el médico en tales casos.

No voy pues a deciros nada nuevo sobre el asunto, ni a anunciaros que he descubierto el secreto de la curación del cáncer o de su causa generadora; es ante todo una consulta a esta docta Academia, sobre un tema cuya importancia no tengo para qué encareceros; que es siempre de actualidad, por no estar resuelta todavía y que ejercita y ocupa la atención permanente de las corporaciones científicas y cuerpos médicos en todas las partes del mundo. Bastaría citar el número de Congresos que sobre estudio del cáncer se realiza constantemente en Europa, Estados Unidos, La Argentina etc. El estudio de la *cancerología* es una de las grandes preocupaciones y torturas permanentes de la humanidad; porque su frecuencia y propagación es cada día mayor y ha venido a convertirse en un flagelo, en una *enfermedad social*. Bastarían estas consideraciones para promover una discusión sobre tema tan importante.

Este fue el criterio que dominó en el último Congreso Internacional de lucha internacional y social contra el cáncer, según nos lo hace conocer el doctor Barrio de Medina en la reseña que hace de las secciones científicas de este Congreso, en el número 15 del *Hospital Argentino* de 30 de enero de este año. En este Congreso no sólo se trató de la etiología del cáncer, sino del precáncer, del factor terreno, del cáncer profesional, de la prevención del cáncer y de la necesidad de la *creación de*

*una conciencia popular que tienda a prevenirse contra él, y por último de la legislación general contra el cáncer y de las precauciones que deben aconsejarse en las industrias de sustancias consideradas como cancerígenas; alquitrán, hulla, materias colorantes como la fushina, anilinas, etc., manipulación, rayos X, etc. Como se ve, el concepto banal que teníamos antes del cáncer se ha abandonado para adoptar el de *cáncer enfermedad social*. Es éste, creo yo, el que debe adoptar la Academia, al ocuparse de tema tan importante, fuera de que está en fundación el Instituto de Radio y debemos saber los servicios que pueda prestar.*

Las observaciones son las siguientes:

I

Jenara Mariño, 50 años, profesión oficios domésticos y a veces en la agricultura; ha tenido dos hijas, una muerta y una viva. En su familia no ha habido caso de cáncer. Antecedentes: en el mes de agosto del año de 1930 sufrió un golpe contra una puerta en el pecho del lado derecho, y pocos días después notó, al tocarse el seno, un pequeño nudo o endurecimiento en la parte superior y externa de éste que le incomodaba un poco; pero sin producirle casi dolor, ni en el pecho, ni en el brazo. Un mes después, en septiembre, observó que el mamelón de este lado se le irritaba presentando una especie de erupción formada de pequeños granos con el aspecto de un eczema, con formación de costras y sensación de ardor y quemadura. Más tarde observó que el mamelón se retraía y se hundía hasta desaparecer y que el borde anterior en la parte media se agrietaba, se ulceraba, sangraba un poco y supuraba ligeramente; al mismo tiempo observó que la glándula continuaba retrayéndose —achicándose según su expresión— y que en la piel de la superficie, especialmente en la de la cara anterior, aparecían pequeñas granulaciones duras, especie de tubérculos de color ocre. Cuatro meses después, en diciembre, observó que la enfermedad pasaba al pecho del lado izquierdo. Estado actual:

Mama del lado derecho. Inspección: Lo primero que llama la atención a la inspección es la retracción y disminución del volumen de la glándula de este lado, el mamelón ha desaparecido y en su sitio, lo que se ve es una ulceración profunda, anfractuosa, de cavidad irregular, color rojo vivo, que sangra con frecuencia y secreta un líquido incoloro, a veces purulento. La superficie ulcerada es alargada en el sentido longitudinal, con un borde o grieta en la parte anterior perpendicular a ésta. En la piel de la glándula, especialmente en su parte supero-anterior se encuentra una serie de nódulos o tubérculos salientes, pigmentados, de color ocre, duros, la piel seca, rugosa, infiltrada, presenta en toda su superficie el aspecto de corteza de naranja y a la palpación, los nódulos son duros, poco móviles, con infiltraciones del dermis y tejido subcutáneo. La mama toda se ha reducido y retraído considerablemente a la mitad o a la tercera parte y es de consistencia dura, leñosa, inmóvil, de tal manera que no es posible

hacerle deslizar bajo la piel, ni tejidos vecinos, y forman una sola masa o bloque con la capa subcutánea, aponeurosis, músculos y costillas. Los ganglios axilares y supra-claviculares de este lado están infartados e invadidos por la *neoplaxia*.

La mama izquierda está también invadida por la lesión; pero en grado menos avanzado; el mamelón está retraído algo, pero es apreciable y no está ulcerado; en la piel se observan las mismas nudosidades o tubérculos, que pasan del seno derecho al izquierdo, la glándula es dura, leñosa, poco móvil, los ganglios axilares están también infectados, pero más pequeños que los derechos.

Como perturbaciones funcionales sólo presenta algunos dolores; pero no fuertes, en la parte ulcerada, en el hombro y territorio del plejo braquial; no presenta síntomas de caquexia pronunciada a pesar de lo avanzado de la lesión.

Diagnóstico: Encontramos en este caso los síntomas fundamentales del cáncer del pecho; aparición de un pequeño tumor, con invasión rápida de la piel, signo de la corteza de naranja, nódulos duros en la superficie, con infiltración total de ésta, capitonaje de las aponeurosis, músculos, costillas; retracción, eliminación del mamelón; inmovilidad del tumor, consistencia leñosa, invasión de los ganglios, etc., etc.

Todos estos signos reunidos no permiten duda alguna en el diagnóstico: la retracción, consistencia leñosa y atrofiada de la glándula, indican que se trata de un verdadero *esquirro atrofianste*. El único problema que se presenta en cuanto a diagnóstico, es el de discutir, si se trata de una enfermedad de *Paget* seguida de una epitelioma; o de un epitelioma primitivo ulcerado. Los antecedentes de la enfermedad que nos muestran que en la mama derecha hubo al principio una especie de eczema crónico en la areola y el mamelón, con costras, granulaciones, descuamación y ulceración; darían base para considerar que al principio se presentó una verdadera enfermedad de *Paget*, que se complicó, como es la regla en esta afección, con una degeneración epiteliomatosa.

Los síntomas fundamentales de esta entidad tal como la describe el ilustre profesor de Saint Bartolomes Hospital, según la traducción que hace Wictham en su tesis (1) son: "Afección de la piel localizada al mamelón y a la areola con todos los caracteres de una eczema crónica (como en nuestro caso) con pequeñas vesículas, escamas, costras amarillentas y una exudación constante; en otros casos la erupción se parece a una psoriasis por la sequedad y la presencia de algunas escamas blancas de descuamación lenta: estas erupciones aparecen en los senos, curan y desaparecen después de algunos meses de duración sin ser seguidos de ninguna otra lesión; *pero en la mayor parte de los casos que he podido observar de cerca y seguir en su marcha, he visto aparecer siempre un cáncer de la glándula mamaria un año o dos después del principio de la afección superficial, y es esto lo que constituye su importancia*".

Nosotros pensamos que en el presente caso, no obstante los sínto-

mas de eczema crónico del principio en la mama derecha, no se trata de una verdadera enfermedad *Paget*, afección pre-cancerosa por excelencia, sino de una peitelioma-primitivo de la piel del mamelón y de la areola con la apariencia de una eczema crónico o de una psoriasis, que se propagó rápidamente al tejido glandular y que se ulceró. Aducimos en apoyo de esta opinión las siguientes razones: según la descripción que de la enfermedad que lleva su nombre hace *Paget* y que hemos transcrito antes, está caracterizada por una serie de brotes de eczemas o de psoriasis de la areola y del mamelón que evolucionan y curan completamente en un período más o menos largo, y que sólo después de varios brotes viene la degeneración cancerosa de la glándula; mientras que en nuestra enferma, según la historia, desde el principio, ésta estaba afectada, pues el primer síntoma que le llamó la atención fue un núcleo duro en la glándula y consecutivamente y sin remisión vino la ulceración del mamelón y de la areola, después de un brote de apariencia eczematosa.

Tratamiento: Es éste el punto importante de este caso y lo que nos ha movido a presentarlo con la mira de promover una discusión y oír los autorizados conceptos de nuestros colegas sobre esta cuestión que es siempre de actualidad: el punto, repito, es de palpitante actualidad y por tanto creemos que es interesante discutir cuál era el tratamiento aconsejable en el caso que *presentamos*.

En lo referente al tratamiento del cáncer del seno no se ha dicho aún la última palabra; los medios principales que se han preconizado para obtener su curación radical son: el tratamiento quirúrgico, el de la aplicación del radio y de los rayos ultravioletas y por último la quimioterapia. En cuanto al tratamiento quirúrgico, creemos que en el presente caso estaba perfectamente contraindicado y que era un *caso inoperable*. “En el esquirro atrófico —dice Delbat— la operación no hace sino abreviar el resultado fatal”; el estado avanzado de la neoplaxia manifestado por la ulceración extensa de la piel, los nódulos diseminados, su propagación a todos los tejidos adyacentes, tejido conjuntivo, muscular, cartilaginoso y aun óseo; el infarto de los ganglios supra claviculares, axilares, hacían imposible la exterminación completa de todo el tejido neoplásico, yendo más allá del límite visible, pues es noción primordial en cancerología la de *extirpar todo el mal*, cortar por lo sano, es decir, el tumor con sus prolongamientos y conexiones, y tal cosa era imposible en el caso que *presentamos* y por lo tanto la reproducción era fatal, segura; la invasión de la mama izquierda que hemos señalado, hacía más inminente tal reproducción. El tratamiento por el radio y los rayos ultravioletas tampoco nos pareció indicado, de acuerdo con lo que sabemos: pues ellos no han dado resultado satisfactorio, sino en epitelomas superficiales todavía localizados, no infiltrados, difusos, como en el presente.

¿Qué hacer en tal situación? Nosotros nos limitamos a hacer un tratamiento local y sintomático, curaciones asépticas de la parte ulcerada. calmar los dolores con morfina, beleño, belladona, etc., y como trata-



APARTADO No. 887

TELEGRAFO:

TELEFONO 10-00 Chap.

"MARLY"—BOGOTA



Acaba de instalar una sala de

FISIOTERAPIA

Diatermia - Rayos ultra-violeta - Masajes
Corrientes galvánica y parádica, etc.

TELEF. 10-00 CHAPINERO



Elaborado y
empacado
por los
Laboratorios
SUARRY, S.A.

Buenos Aires,
Argentina.

INDICACIONES:

Gripe, Influenza, Resfriados, Neuralgias, Dolores de
cabeza, Dolor de oídos, Cólicos menstruales
y Reumatismo.

Dolor de cabeza



GENIOL

Distribuidor
exclusivo
para
Colombia:

**MIGUEL A.
RODRIGUEZ**

Apartado 135.
Bogotá.

**VITASTERINE
BYLA**

VITAMINA D estandarizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao
en todas sus indicaciones.

Tratamiento del Raquitismo.
Trastornos de la Osificación y Dentición
Convalecencias.

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

Pannier & Prevosteau - Calle 15, No. 72.

APARTADO 1063—BOGOTA

miento de ensayo el quimioterápico a falta de otro, a la aplicación de inyecciones intramusculares del específico denominado *Neotumosina*; este específico está compuesto, según los fabricantes (Ravenet de París, farmaceuta), de ion magnésico, tiroidina y torio-radio activo; el fabricante parte de la suposición —no comprobada aún— de que el proceso canceroso o sea la proliferación celular *desordenada*, loca, es debido a la deficiencia o carencia del *ion magnesiano* en los medios celulares, y que llevándolo a los humores y tejido celular, se puede *detener, frenar*, esta proliferación.

Nos decidió también a ensayar este tratamiento, el hecho de tener similitud, o ser una variante del método *citofiláctico* aconsejado por el eminente profesor Delbet (de la Facultad de París y miembro de la Academia) cuya alta autoridad científica nadie será osado a discutir, y quien en comunicacón a la Academia de Medicina de París del 13 de noviembre de 1928 dice lo siguiente: “A propósito del cáncer, nuestros nuevos experimentos corroboran los que presenté el 10 de julio. Por consiguiente nada debo cambiar de mi conclusión fundamental. *El uso regular de sales de magnesia halogenadas puede impedir, la génesis de muchos cánceres*”. Vosotros sabéis que en consonancia con las ideas del profesor Delbet y fundándose en ellas, se ha dado al consumo un producto con el nombre de *Delbiase*: preparación de sales de magnesio halogenadas, especialmente de cloruros, destinados a producir la hipermineralización magnesiana del organismo y aconsejada como tratamiento del cáncer como preventivo.

Marcha: El estado local, supuración, irritación, dolores, mejoración debido, sobre todo, a los cuidados de aseo y curaciones; en cuanto a las inyecciones se aplicaron dos series de doce inyecciones con intervalos; como efecto de ellas apenas se observó una ligera mejoría del estado general y en cuanto a la ulceración neoplásica, se notó una especie de retracción y de limitación de ella; pero no signos francos de cicatrización ni menos de curación.

En este estado la enferma resolvió salir del hospital de San José y volver a su casa, y según datos que hemos obtenido, volvieron los dolores, aumentó la caquexia y murió a consecuencia de ésta y de las hemorragias.

OBSERVACION NUMERO 2

Enferma de 55 años de edad, soltera, en sus antecedentes familiares se encuentra el dato de algunos casos de cáncer entre sus antepasados; por el lado materno, una de sus hermanas tuvo un cáncer del seno que fue operado hace dos años y que no se ha reproducido hasta la fecha. Como antecedentes personales dignos de mención indicaremos por su importancia su constitución débil, su temperamento *linfático*, escrofuloso, que se traduce por un desarrollo, una hipertrofia muy grande del sistema ganglionar, que en algunas regiones como la del

cuello, región cervical del lado derecho, constituye un verdadero polidendroma, formado por una pléyade ganglionar —algunos del tamaño de una naranja— que comprimen las yugulares y originan en ocasiones fenómenos de compresión, traqueo-brónquicos, y del lado del corazón un soplo de insuficiencia, en la base del corazón derecho.

La enfermedad principió hace 16 o 17 años por un pequeño tumor en el seno izquierdo, en su cara anterior, parte inferior; el tumor, del tamaño de un huevo de paloma, lo descubrió por casualidad, tocándose el seno, pues no le molestaba, ni le dolía; el médico a quien consultó entonces la tranquilizó diciéndole que se trataba de un pequeño tumor —un ganglio— sin importancia; pasados algunos años —cinco o seis— volvió a consultar porque la molestaba ya un poco más y había crecido; la examinamos entonces por primera vez y encontramos en la región dicha un tumor, duro, de consistencia fibrosa, del tamaño de un huevo pequeño de gallina, móvil, sin adherencias a la piel, pues ésta deslizaba perfectamente sobre el tejido subcutáneo y no se observaba infiltración de ésta, ni del dermis; tampoco se observaba el signo de corteza de naranja, plegando la piel. La presión del tumor apenas despertaba una pequeña molestia. No existían ganglios en la axila y el mameón no estaba retraído, ni deformado.

En vista de estos signos, pensamos que se trataba de un fibroadenoma, de naturaleza benigna, y aconsejamos una pomada con yoduro de plomo, cicuta y belladora; ésta le calmó los dolores y molestias y el tumor permaneció en *status quo*, durante cinco años. Al cabo de este tiempo volvimos a verla porque el tumor había crecido un poco y le originaba algunos dolores. Al examen encontramos que el tumor había aumentado de volumen y era doloroso a la presión; pero no se observaban todavía ni adherencias, ni infiltración, ni deformación del mameón, ni de la mama; se observaba sí, en el hueco axilar, un ganglio infartado. En vista de este avance, consultamos el caso con algunos colegas; entre otros el doctor Miguel Jiménez López y el doctor Hipólito Machado, para ver si era el caso de una intervención quirúrgica. La opinión de la Junta fue la de que la operación estaba indicada, pero que no se podía practicar por su lesión cardíaca.

En consideración a que la operación quirúrgica completa (amputación de la mama con vaciamiento de los ganglios axilares) era imposible por la complicación cardíaca, que hacía peligrosa la anestesia, solicitamos opinión del doctor Alfonso Esguerra, técnico en la materia, de si estaba indicada la aplicación del radio o de los rayos ultravioletas, con probabilidades de éxito. Su opinión fue desfavorable por estar invadidos ya los tejidos profundos y por la extensión del tumor.

Nos limitamos, en vista de tan autorizada opinión, a aplicaciones locales y al tratamiento quimio-terápico de la delbiosa y las inyecciones de Neutumolina, como en el caso anterior; este tratamiento pareció haber detenido en su marcha la neoplasia, porque no se observó mayor



TRIPAFLAVINA

Quimioterápico interno

de aplicación intravenosa en el sentido de la terapéutica esterilizante magna de Ehrlich. De acción insuperada. Contra las infecciones generales y locales, enfermedades sépticas, encefalitis, meningitis, fiebre puerperal, endocarditis, etc.

Antigonorreico seguro y no agresivo para el tratamiento local
Específico para el tratamiento de la gonorrea desde la sangre

EMPLEO:

Lavados, compresas húmedas, tapones, con soluciones al 1 por 1000 a 1 por 2000. / Tratamiento por pomadas: 1 a 2% / Tratamiento seco: Polvo tóxico al 5% / Tratamiento intravenoso: 5-10-20 c.c. de la solución al $\frac{1}{2}$ a 2%

C A S B I S

M. R.

para la
BISMUTOTERAPIA
de la **SÍFILIS**

por inyecciones intramusculares
Alto contenido bismútico
Acción pronta y duradera
Aplicación indolora y buena tolerancia. Económico

Envases originales:
Frasco de 15 c.c. / Caja de 10 ampollas de 1,5 c.c.

P A R O X I L

M. R.

para la
ARSENOTERAPIA
interna
de la **SÍFILIS**

Indicado especialmente en los pacientes de venas mal conformadas o frágiles, especialmente en las mujeres y niños (sífilis congénita). Generalmente recomendado también para la profilaxis



Envases originales:
Frasco de 30 tabletas de 0,25 g
Frasco de 50 tabletas de 0,01 g

crecimiento, ni alteración de la piel, ni dolor.

Pero desde febrero del año pasado, después de una permanencia de algunos meses en tierra caliente, se observó un crecimiento rápido del tumor que aumentó considerablemente de volumen e invadió la mayor parte de la glándula, tanto en la parte anterior e inferior —punto de partida de la neoplasia— como en la posterior y superior; la piel de estas regiones comenzó a irritarse y a ulcerarse, el mamelón a retraerse hacia arriba, los dolores aumentaron, las hemorragias se hicieron frecuentes y abundantes, las secreciones y el mal olor casi insoportables: total, estábamos en presencia de una degeneración maligna del tumor primitivo (fibro-adenoma).

El estado actual es el siguiente: la glándula ulcerada en toda la región anterior se extiende también a la parte superior y a los tejidos profundos y semeja en su conjunto un verdadero coliflor, con mamelones ulcerados, sangrientos, de secreción abundantísima que hacen necesarias dos o tres curaciones diarias para disminuir el mal olor.

El estado general de la enferma, que al principio era relativamente bueno, pues no se notaba en ella signos de caquexia, ha principiado a alterarse visiblemente; la depresión es considerable, el corazón principia a decaer y además de esto, presenta elevaciones de temperatura (38, 35.5 y hasta 39°) y todo hace prever un desenlace próximo fatal.

El examen anatomopatológico del tumor es el siguiente, hecho por el doctor Manuel Sánchez Herrera:

Diagnóstico microscópico: *Adenocarcinoma de crecimiento muy activo.*

En este caso llama la atención la lentitud de su desarrollo, 16 a 17 años, y la transformación de un tumor aparentemente benigno en uno maligno de marcha rápida, de un adenoma ofiblio, en un anedoma carcinoma. La intervención quirúrgica precoz habría evitado seguramente esta degeneración; pero por una parte la marcha lenta del tumor y su aspecto benigno, dieron una falsa confianza y tranquilidad sobre su evolución, y por otra parte la complicación cardíaca que hacía imposible la anestesia, obligaron a la abstención. La enseñanza de este caso es que aun en los tumores de apariencias benignas, deben operarse precozmente por temor a una posible degeneración maligna. Debemos, para completar esta observación, decir que, como tratamiento, hemos estado empleando últimamente el preconizado por nuestro distinguido colega el doctor L. M. Vela Briceño, que publicó en el N° 2 de su Revista de la Casa de Salud de Florencia, que él dirige. No entraré en los pormenores de este tratamiento porque estando él presente, lo hará detalladamente y con lujo de competencia, y a esto lo excito; me limitaré a decir que según él “es un tratamiento capaz de destruir el cáncer con la misma seguridad y con menos peligros que el bisturí”.

Vosotros comprenderéis la importancia de tal tratamiento si dá los

sorprendentes resultados que de haber obtenido sería una adquisición nueva maravillosa. Por nuestra parte dejamos constancia de que con dicho tratamiento, en los meses que se ha aplicado, se ha obtenido una mejoría innegable: supresión de las hemorragias, eliminación de una parte del tumor por necrosis producida por la obliteración de los vasos, y disminución del mal olor.

En cuanto a la naturaleza del producto de fórmula primera sería: leche de higuera, 0.30 cent.; sublimado 0.10 cent. y fluoruro de calcio 0.30 ctm., que forma una especie de pasta que se adhiere muy bien a la superficie del neoplasma y que se puede dejar allí varios días. Esta fórmula la ha modificado; hoy la aplica bajo la forma de un polvo, colocado en ampollitas de 1 a 2 cc. selladas a la lámpara.

Según el doctor Vela Briceño su tratamiento sería semejante al preconizado por el doctor Grouzel en el Concurso Medical de 1926 y que estaría fundado en el poder neoplásico de ciertos jugos de plantas; la *Celidoma mayor*, la leche de las *enforbiresias* y de la *higuera*. Entraría, pues, en la clase de los tratamientos quimio-terápicos.

No podemos terminar estas observaciones sin consagrar algunos detalles siquiera sean someros al valor científico del tratamiento quimioterápico y opoterápico, que en nuestro concepto va adquiriendo cada día mayor importancia y tiene un ambiente científico favorable, y al importantísimo de la etiología, que está en relación íntima con el tratamiento; porque es imposible encontrar el remedio apropiado para su curación sin conocer antes su causa, o sea su etiología y patogenia.

Sobre la etiología y patogenia del cáncer, *reina aún la mayor incertidumbre* en la ciencia, no obstante los numerosos y muy importantes trabajos que sobre la materia se han hecho. Desde épocas remotas se han inventado muchas teorías y sucesivamente han reinado, para ser abandonadas: la teoría del cáncer embrionario (restos de tejidos embrionarios) de Conheim; la del equilibrio de los tejidos de Thiersen y la parasitaria, que estuvo en boga, sostenida por sabios ilustres: Reppin Scheileun (micrococcus); Darier y Albarran (coccidias o psoro-esperma); pero que como dice Quenu, no está demostrada y debe admitirse con reservas; porque lo que se han tomado por parásitos, no es otra cosa sino la degeneración vítrea de las células enfermas (Cornil) y por último la teoría de la célula enferma leucocitaria o macrofaga de Carrell, Burros y Fischer, de que hablaremos adelante.

Ahora bien: esta incertidumbre en la patogenia, en la causa primordial, se refleja en el tratamiento, en los medios terapéuticos para curarlo. Partiendo del hecho innegable de que el cáncer abandonado a sí mismo es incurable y termina siempre por la muerte del enfermo en un período de tiempo más o menos largo, según la forma; se ha recurrido a distintos medios para poner a raya la marcha invasora y destructora de la neoplasia y evitar, o por lo menos alejar, el desenlace fatal. Hasta hace poco, puede decirse que sólo se reconocía un me-



Opoterapia BYLA

Recomendada por los grandes Profesores de Francia

SIN OLOR

CONSERVACION INDEFINIDA

Ovarina, Tyroidina, Hypofisina, Orquitina, Suprarenina, etc.

BAJO DOS FORMAS NUEVAS REGISTRADAS :

GLANDULAS (Grajas)

AMPOLLAS

*Medicacion Simple, Pluriglandular
y Panglandular*



LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA

26, avenue de l'Observatoire, PARIS (Francia).

BYLA-PARIS

SOLUCALCINE

Cloruro de calcio puro y estable — 30 gotas — 1 gr.

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTATICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRURGICAS
Y OBSTÉRICAS

OPOTERAPIA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse, 5 - PARIS

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada, inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino,

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas :
ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.

MICOLISINA del D^r DOYEN

Solución coloidal fagógena polivalente.

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

2 FORMAS: **MICOLISINA BEBIBLE** y **MICOLISINA INYECTABLE.**

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina en la **NEURASTENIA, la ANEMIA** y las **CONVALECENCIAS**

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

Venosina

Comprimidos compuestos de *Hipófisis* y *Tiroideas* en proporción prudencial, de *Hamamelis*, *Gastaña de India* y *Cltrato de Sosa.*

PARIS, P. LEBEAULT & C^a, 5, Rue Bourg-l'Abbé
Por Menor: **PRINCIPALES FARMACIAS.**

dio único eficaz y a él se recurría casi siempre; el tratamiento quirúrgico o sea la extirpación cruenta y total del neoplasma; pero digamos ya antes que para que ésta sea eficaz y dé seguridad completa, es necesario *extirpar la totalidad del mal, es decir, no sólo el tumor sino sus prolongaciones, raíces y expansiones linfáticas o vasculares*, y si esto es posible conseguirlo con pleno éxito —podríamos citar varios casos personales— cuando el tumor está todavía localizado y no presenta prolongaciones extensas a los otros tejidos; no es menos cierto que estos casos son la minoría y que por la falta de un *diagnóstico precoz* y de una intervención pronta y oportuna, el cirujano, en muchos casos, se encuentra en la imposibilidad de *extirpar todo el tejido enfermo* y la reproducción es entonces fatal y rápida; como podríamos también citar numerosos casos. Además, en enfermos como los de que nos ocupamos, el médico se encuentra completamente desarmado.

La radioterapia y la roengenterapia, que al principio hicieron concebir grandes esperanzas —destruir el tejido neoplásico sin mutilación, era un tratamiento ideal—; no han dado en la práctica, lo que se esperaba, y sus indicaciones han quedado muy reducidas y limitadas a cánceres superficiales de la cara, cuello uterino, lengua, no muy difundidos y accesibles a la acción de estos agentes.

De aquí que, vista la impotencia de los medios indicados, se haya sentido la necesidad de buscar nuevos tratamientos; siendo éste el origen de la *quimioterapia* y de la *opoterapia* y endo-crinoterapia médica y quirúrgica.

Estos tratamientos tienen su base en la concepción moderna del origen del cáncer, la teoría *histo-fisiológica* que atribuye éste, a un desencadenamiento anárquico de la propiedad de crecimiento y de multiplicación de una célula o de un grupo de células (tejidos). Al estado normal hay una relación constante, un equilibrio entre el crecimiento del protoplasma y del núcleo; éste regulariza y dirige el crecimiento de aquél; y cuando tiende a crecer demasiado, el núcleo lo impide por una acción frenadora o dividiéndose; el protoplasma a su turno contra la el desarrollo del núcleo y su excesiva división. Habría además, también, una acción frenadora de los tejidos unos sobre otros: El tejido conjuntivo, impediría el desarrollo y multiplicación excesiva del epitelio, y a la inversa; el cáncer sería debido, según esta teoría, a que estas acciones *limitadoras y frenadoras del crecimiento de la célula*, cesan de obrar; pero se *ignoran completamente* las razones de este desequilibrio, entre los factores aceleradores y retardadores del crecimiento excesivo de un grupo celular.

Para el efecto de la solución del problema biológico del cáncer, —uno de los más grandes y serios que tiene por resolver la ciencia— se ha dado un gran paso y se ha abierto una nueva era, una nueva vía, con las experiencias de Carel, Broovs, Smith, Lombard, Kimura, L. Fischer, etc., quienes han hecho el cultivo de la célula cancerosa y la

reproducción *in-vitro* del tejido maligno (sarcoma de la rata) y tales experiencias de las cuales no podemos dejar de hacer mención, representan hoy el mayor progreso realizado en este campo; porque ellas facilitan la investigación del metabolismo de la célula y tejido canceroso, el efecto producido por el cambio de composición del medio interno y el terapéutico de algunas drogas o sustancias sobre éstos.

Carel y Borrus fueron los primeros en cultivar el tejido maligno; en efecto, en 1910, cultivaron el *sarcoma del pollo*, llamado *sarcoma de Roux*; el sarcoma de Erlich y el de Jensen, lo mismo que un carcinoma mamario; numerosos investigadores hicieron comunicaciones sobre el asunto; entre otros Valpino, Losee. Fischer modificó la técnica usual, los tumores de la rata eran cultivados en una mezcla de plasma del pollo y suero del mismo animal; los de origen humano los cultivan en plasma humano y suero de Ringer. De acuerdo con estas investigaciones la célula cancerosa se presentaría en los cultivos con los siguientes caracteres: célula grande (macrófaga) muy móvil; que se fusiona fácilmente con otras, que presenta numerosos vacuolas, mitocondrios granulares y grasos y gránulos que tienen gran afinidad por el rojo y por una sustancia conúñófila; coloración que Canel y Borell consideran como característica. No se dividiría por carioquinesis, sino por división directa. La célula cancerosa se aproximaría a los leucocitos y macrófagos.

El sarcoma del pollo de Roux, como se sabe, fue observado por este sabio en la región pectoral de un pollo, raza Plimouth Rock, y señaló como uno de sus caracteres el reproducirse, no sólo por inoculación sino también por injerto, y por el líquido filtrado del tumor. El pollo inoculado directamente o por injerto o el filtrado, muere en 8 a 15 días, por enflaquecimiento, con la cresta granosada en caquexia, con metastasis, después de formarse un tumor del tamaño de un puño. Hay divergencia en la apreciación como se verifica la contaminación; las diferentes opiniones podemos resumirlas así: la célula amiboidiana, sería la portadora, el agente de la malignidad, la acción proteolítica debida a la producción del ácido láctico; se aumentaría con la elevación del Ph. Esta cualidad autolítica ha sido señalada por muchos autores como la causa del cáncer. Según Carrel, el cáncer se desarrolla cuando un gran número de células enfermas que para él son los macrófagos, se destruyen y ponen en libertad sustancias estimulantes de la división celular que irritan los tejidos locamente.

Lo mismo dicen Drews y Erdman. La célula maligna no sería una célula anárquica como se cree, sino enferma, cuyo metabolismo sólo se diferencia de la normal cuantitativamente; se ha llegado a preparar un suero anticanceroso para el ratón (Lumar) inyectándole pequeños fragmentos de carcinoma del ratón primero por la vía subcutánea y luego por la intraperitoneal.

Tales son las nociones fundamentales que poseemos hoy sobre la

etiología del cáncer, que aunque no son definitivas todavía, representan un gran adelanto sobre la materia y hacen concebir fundadas esperanzas sobre su posible curación.

Terminaremos esta comunicación con el siguiente cuestionario, cuyos puntos, ahincadamente, pedimos a los honorables académicos sean discutidos y resueltos.

1º En los casos inoperables, que están fuera de los recursos de la cirugía, como los que presentamos, ¿cuál debe ser el tratamiento de elección aconsejable: radio, quimioterapia, endocrinoterapia?

2º Cuáles son las indicaciones precisas de la aplicación del radio y de los rayos ultravioletas a los tumores cancerosos?

3º Qué indicaciones tienen la quimioterapia y la endocrinoterapia, método del profesor G. Fischer, con extractos de bazo, médula ósea? Qué valor científico tiene el método preconizado por el doctor L. M. Vela Briceño?

4º Cuáles son actualmente nuestros conocimientos sobre la etiología del cáncer?

5º Debe considerarse el cáncer como una *enfermedad social* y como tal reglamentarse las industrias y oficios considerados como generadoras de éste: rayos X, materias colorantes, alquitrán, hulla, deshollinadores, etc., etc.?

