

ESPECIAL

COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

CIENCIA  ARTE 

24



MÉDICOS:

Si no conoce las instalaciones, organización y funcionamiento de la SECCION LECHERIA DE LA ESTANCIA "LA PALMA", consulte a los médicos de niños, Director de Salubridad, Cuerpo Técnico de la Policía Sanitaria Animal y demás autoridades científicas que han honrado este Establecimiento con su visita, cuyas opiniones han sido publicadas y llegará a la conclusión que la leche que produce, especialmente, la leche especial para niños, debe recomendarla por las siguientes razones:

- 1.º Porque es extraída de vacas sanas bajo el control veterinario.
- 2.º Porque el personal es sano, con su correspondiente certificado médico.
- 3.º Porque el ganado es sometido a una alimentación racional y científica.
- 4.º Porque el ordeño es a máquina, absolutamente higiénico.
- 5.º Porque se esterilizan los envases y todo útil por donde pasa la leche.
- 6.º Porque la leche es enfriada inmediatamente, enseguida de ordeñada.
- 7.º Porque es conservada por el frío **no interrumpido** hasta su entrega al consumidor, disponiendo, para llenar esta condición esencial, de un camión frigorífico **único en su género** que transporta la leche en una hora.
- 8.º Porque a pesar de todas las erogaciones que exigen estos servicios especiales vende sus productos a los precios generales de plaza.
- 9.º Porque su Laboratorio es dirigido por el Químico Farmacéutico Profesor de Química Biológica don Florencio Demicheri, lo que constituye una garantía, y
- 10.º Porque depende de Vds. la buena o mala marcha financiera de este Establecimiento con los consiguientes beneficios o perjuicios para la población infantil.

Recomienden los siguientes productos "LA PALMA"

| | |
|---|-------------------|
| Leche especial para niños | \$ 0.20 el litro. |
| Yogurth puro | " 0.15 la botella |
| Yogurth puro decremado | " 0.15 " " |
| Leche general | " 0.12 el litro. |
| Crema cruda del día | Convencional. |
| Manteca cruda del día | " |
| Próximamente varias leches medicinales. | |

Haga sus pedidos: MIGUELETE 2169 — Teléf. Urug. 749 Aguada
o en Farmacias importantes Reparto a Domicilio

ESTANCIA «LA PALMA»



(SECCION LECHERIA)



Escritorio: SORIANO, 1529. — Teléf. Urug. 3273 - Córdon

DONAMARI Hnos.



MEDICO DIRECTOR

DELFINO, PEDRO

MEDICOS COLABORADORES

ALVAREZ MOULIA, ARTURO
BLANCO ACEVEDO, EDUARDO
ESTAPE, JOSE M.
GOMEZ, FERNANDO D.
LAMAS, DIEGO
LARGHERO IBARZ PEDRO
MAS DE AYALA, ISIDRO
MAY, JOSE
MEYER, ENRIQUE
MUIÑOS, HECTOR H.
MUSSIO FOURNIER, J. C.
NARIO, CLIVIO
PEREZ FONTANA, VELARDE
PRAT, DOMINGO
STAJANO, CARLOS
URIOSTE, JOSE PEDRO

SUMARIO

AÑO II

MONTEVIDEO DE 1932

N.º 24

Meningo encefalitis de tipo pseudo-tuberculoso en la iniciación de la tos convulsa. - Por los Dres. José Bonaba y Francisco Nicola Reyes.

El proceso de cancerización en las cicatrices de quemaduras y en las Radiodermitis. - por el Dr. Carlos Stajano.

Redacción y Administración:

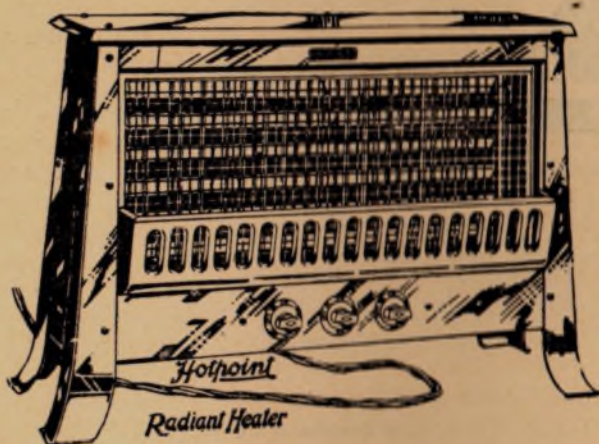
V. Brum-Ed. Acevedo, 1569
Ap. A - Planta baja - Montevideo

SUSCRIPCION:

Año \$ 2.00
Número suelto \$ 0.25

Angel Curotti

INSTALACIONES ELECTRICAS
EN GENERAL



VARIADO SURTIDO DE ARTEFACTOS
PARA LUZ ELECTRICA.

~ ~ ~
Teléfonos: Uruguay, 1350-Central
y Cooperativa

Uruguay, 807

Montevideo

Meningo-encefalitis de tipo pseudo-tuberculoso en la iniciación de la tos convulsa.

POR LOS DOCTORES

JOSE BONABA

Profesor de Patología Médica

FRANCISCO NICOLA REYES

Jefe de Clínica de Niños

Memoria Original presentada al Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura
Director Profesor LUIS MORQUIO

Traemos a la consideración de la Sociedad de Pediatría un caso de tos convulsa cuya primera manifestación clínica es un cuadro meningo-encefálico con máscara de meningitis tuberculosa; sólo cuando este cuadro regresa, aparecen los accesos característicos que permiten el diagnóstico.

Nos parece interesante por dos motivos, en cierto modo opuestos: el primero, su importancia práctica en el diagnóstico, pronóstico y profilaxia; el segundo, su extremada rareza.

Parece indudable que los procesos de encefalitis y meningo-encefalitis ligados a las enfermedades infecciosas más diversas, son más frecuentes de algunos años a esta parte. Estas complicaciones sobrevienen ya en el curso de la enfermedad, ya en su terminación. De ellas algunas están a la orden del día, como la encefalitis post-sarampionosa y la vacinal, de las que nuestra Sociedad se ha ocupado recientemente; otras, de distinta etiología, aunque menos frecuentes, se observan de tiempo en tiempo (tos convulsa, varicela, herpes, fiebre tifoidea, etc.). Esta mayor frecuencia de las encefalitis es un hecho universal, como se comprueba en la bibliografía extranjera.

La encefalitis de la tos convulsa no es rara; se observa ya en su terminación (uno de nosotros presentó con Leunda, dos casos mortales); ya durante su evolución: el doctor Zerbino publicó en nuestros boletines una interesantísima observación de crisis de apnea.

Menos frecuente y, por consiguiente, menos conocida, es la encefalitis en el período inicial de la tos convulsa, como primera manifestación clínica de la misma. Por nuestra parte, fuera del caso que pre-

sentamos, no hemos tenido ocasión de observarla, ni recordamos haber leído ninguna observación análoga.

Historia clínica.—Deolindo M., de 8 años, ingresa a la clínica en Agosto 29 de 1931.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano. Madre sana; cinco embrazos, un aborto de dos meses; tres hermanos que dicen ser sanos. **Mortalidad familiar**, 1 prematuro de 8 meses, al segundo día de nacer. Nacimiento normal, criado a pecho hasta los 9 meses; a esta edad, congestión pulmonar. Caminó a los 14 meses. Siempre sano hasta la enfermedad actual, que comienza con un estado respiratorio, rinofaringitis con ligera fiebre y algunos chuchos de frío. Guardó cama, mejoró unos días hasta que el 28 de Agosto tiene vómitos fáciles, se quejó de intensa cefalea, fotofobia y constipación; este cuadro se fué acentuando hasta el día 29, en que la distinguida colega doctora Aída Lagrave que lo asiste, constató signos meníngeos y aconseja su ingreso a la clínica.

Interrogando a los padres nos dicen que, desde la semana anterior al comienzo de la enfermedad, notaron en el niño un cambio franco en su manera de ser, estaba triste, volvía del colegio apesadumbrado, porque se equivocaba fácilmente en los ejercicios de lectura y aritmética, lo que llamó la atención de la maestra, porque el niño era el primero de la clase (segundo año escolar). Interrogada por uno de nosotros nos manifestó, que en los últimos días el niño tenía un verdadero estado de confusión cerebral.

Como dato importante, nos manifestaba el padre que, hasta hace poco tiempo vivieron en una casa donde había una persona tuberculosa, por lo que determinó mudarse.

Examen.—Niño bien nutrido, de desarrollo esquelético y muscular, normal. Peso 23 kgs. Talla 1.25. Somnoliento, contesta confusamente a pocas preguntas, estado de flacidez de los miembros; rigidez de la nuca y signo Kernig;—vientre depresible. **Aparato respiratorio:** Disminución de la sonoridad subclavicular derecho; a la auscultación, signos de bronquitis generalizada. Parte posterior: disminución de la sonoridad interescápulo - vertebral derecha; a la auscultación, parte superior derecha, respiración soplante y estertores húmedos. Corazón punta en el cuarto espacio, tonos normales. Pulso 70. Hipertemia $39^{\circ} \frac{1}{2}$. Laringe roja. Algunos golpes de tos con gran secreción mucosa.

Agosto 30.—Estado subcomatoso. Rigidez de la nuca y signo de Kernig marcados. Fiebre $38^{\circ} \frac{1}{2}$. Pulso 70. Se hace punción lumbar: líquido claro a tensión mediana. Citología, 65 elementos. Linfocitos, 97 %. Polinucleares, 3 %. Reacción de Pandy y Nonne, positivas. Reacción de Wassermann, negativa. Cloruros, 6 gs 14. Albúmina, 0.24. No

se encuentran microbios. Inoculación al cobayo. Cultivo en medio de Pretragnani, negativo. La 1.ª C. R., es negativa.

Agosto 31.—En la noche ha tenido convulsiones generalizadas que duraron 10 minutos, quedando después dormido. Hoy de mañana se reviten en el brazo y pierna izquierda. Menos rigidez de nuca y Kernig. Traga bien los líquidos. Somnolencia. Estado bronquial difuso, con un proceso gangliopulmonar derecho. Algunos golpes de tos con expectoración mucosa.

Setiembre 1.º (Prof. Morquio).—Está más despejado, va saliendo del estado anterior de semi inconsciencia. Rigidez de la nuca y poco Kernig. La punción lumbar ha dado la fórmula de la meningitis tuberculosa, en la que hay que pensar por los antecedentes y el cuadro clínico; aunque todavía hay que reservar el diagnóstico, porque la cuti-reacción ha sido negativa. Tiene un estado bronquial junto con un proceso gangliopulmonar derecho que muestra la radiografía. Desde la punta del omóplato a la base derecha, disminución de la sonoridad y, a la auscultación, síndrome de córticopleuritis.

Setiembre 2.—Está más despejado, contesta algunas preguntas. Se alimenta bien; se queja de cefalea. Poca rigidez de nuca. La fiebre tiende a descender. Investigación del bacilo de Koch en la expectoración, negativa.

Setiembre 4.—Está despejado. No tiene cefalea, pide alimentos y contesta bien las preguntas. Ligera rigidez de nuca; no hay Kernig. Segunda cuti-reacción, negativa. Investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico, negativo.

Setiembre 5. (Prof. Bonaba).—Está despejado, ligera rigidez de la nuca, no tiene Kernig. Sonoridad torácica anterior, exagerada; a la auscultación, estertores bronquiales. Poste posterior, normal, estertores bronquiales, roncus y sibilancias. Estado bronquial, difuso. Empezó a toser de una manera espasmódica, muy sospechosa de ser tos convulsa. El cuadro general no impresiona como tuberculosis. La segunda cuti-reacción es negativa. La radiografía no da proceso tuberculoso.

Setiembre 7. (Prof. Bonaba).—No hay rigidez de nuca, ni Kernig. Pulso 85. temperatura 37º ½. Está despejado, da la sensación que se cura. La intradermo-reacción de Mantoux es negativa. Tiene una tos del tipo coqueluchoide, es una tos convulsa. Los fenómenos confusionales, el estado meningoencefálico que ha tenido este niño, se deben con seguridad al microbio de la tos convulsa.

La segunda punción lumbar dió: líquido a tensión normal. Citología, 18 elementos. Linfocitos, 99 %. Polinucleares, 1 %. Pandy y Nonne, positivos. Cloruros, 7 grs. 31. Albúmina, 0 gr. 35. No se observan microbios. Segunda investigación del bacilo de Koch en el líquido gás-

trico, negativa. Investigación del Bordet, negativa. Reacción de Wassermann en el líquido céfalo-raquídeo, negativa.

Setiembre 9. (Prof. Morquio).—Está despejado completamente. No hay signos meningoencefalíticos. Tiene tos convulsa. La segunda punción lumbar va aclarando el diagnóstico. **Es un cuadro evidente de pseudo meningitis tuberculosa en la iniciación de una tos convulsa.**

Como la madre no aceptara el aislamiento a que estaba sometido el enfermo, lo lleva a la casa, donde uno de nosotros lo sigue viendo. Allí constatamos que los hermanos tienen tos convulsa, han empezado a toser hace unos cinco días. El niño ha seguido bien, quedando solamente con su tos espasmódica, que tiende a mejorar.

En resumen: Un niño de 8 años es enviado a la Clínica de Niños, con el diagnóstico de meningitis tuberculosa probable, establecido por el distinguido médico que lo asiste; después de varios días de ligera fiebre, catarro respiratorio y chuchos de frío, presenta el 28 de Agosto un síndrome meníngeo (cefalalgia, vómitos fáciles, fotofobia y constipación). Manifiestan los padres que, ya desde la semana anterior, el niño estaba triste, cambiando en su manera de ser; en el colegio, donde era el primero de su clase, se equivocaba ahora fácilmente en la lectura y en las cuentas, cosa que antes nunca le ocurría. Su maestra nos declara que en esos días el niño presentaba un verdadero estado de confusión mental. Como dato que contribuyo a reforzar aquella sospecha (meningitis tuberculosa), en la casa donde vivían anteriormente, habitaba un enfermo bacilar, circunstancia que determinó al padre a cambiar de domicilio.

Todo se reunía, pues (antecedentes, iniciación insidiosa, naturaleza de los síntomas, evolución progresiva), para justificar los temores del médico asistente en el sentido de una meningitis bacilar. En este momento, fuera del estado catarral de las vías respiratorias, no existen síntomas de ninguna enfermedad infecciosa caracterizada.

Al examen se constata somnolencia, obnubilación, estado subcomatoso, fiebre ($39^{\circ} \frac{1}{2}$), signo de Kernig, rigidez de la nuca. El líquido céfalo-raquídeo es claro, con 65 elementos y 97 % de linfocitos; 0 gr.24 centigramos de albúmina y 6 gr. 14 de cloruros.

Del lado del aparato respiratorio hay disminución de la sonoridad subclavicular y del espacio interescapular derechos; signos bronquiales difusos con estertores húmedos en el vértice derecho. Hay golpes de tos, sin ningún carácter especial, con expectoración mucosa.

Se piensa, pues, en una meningitis bacilar coincidiendo con un proceso gagliopulmonar del lado derecho.

Al día siguiente, convulsiones generalizadas que se repiten a la mañana siguiente en el brazo y pierna izquierdos. Persiste el estado de

semi-inconsciencia y los signos meníngeos. En la base derecha, síndrome de córticopleuritis.

La cuti-reacción a la tuberculina es negativa.

Al partir del 4 de Setiembre se inicia una ligera mejoría, despejándose el sensorio y atenuándose los signos meníngeos.

Fué al día siguiente, 5 de Setiembre, cuando constatamos por primera vez un acceso de tos espasmódica, con los caracteres francos del acceso de tos convulsa. Al mismo tiempo, la mejoría se mantiene: está despejado, la fiebre descende, desaparecen los signos meníngeos, disminuyen las alteraciones del líquido; el 7 de Setiembre sólo contiene 18 elementos. Curado el episodio encefalo-meníngeo, persiste la tos convulsa.

Todas las investigaciones biológicas y bacteriológicas de la bacilosis fueron negativas: tuberculino-reacción (Pirquet y Mantoux) reiterada varias veces; investigación del bacilo de Koch en los esputos y en el contenido gástrico; cultivo del líquido céfalo-raquídeo en medio Petraghani; inoculación al cobayo). Por otra parte, la imagen radiográfica no revela alteraciones típicamente tuberculosas; corresponde más bien a lo que se observa en los procesos intensos de bronquitis y peribronquitis.

La investigación del bacilo de Bordet, en una única tentativa practicada, resultó negativa; hubiera sido necesario insistir en ella. Con todo, el diagnóstico de tos convulsa no puede ponerse en duda: 1.º) Por los caracteres inconfundibles de los accesos; 2.º) Por la evolución de la enfermedad con sus períodos sucesivos: catarral, paroxístico, de regresión; 3.º) Por la aparición de la tos convulsa en sus hermanos. De modo, pues, que nuestro enfermo ha presentado primero un síndrome catarral respiratorio y un síndrome meníngeo-encefalítico, que sobrevienen cuando el niño gozaba de perfecta salud. El primero corresponde al período catarral de la tos convulsa y el segundo, que adopta el tipo de las meningitis tuberculosas, es la expresión de una encefalitis o meníngeo-encefalitis precoz de aquella enfermedad.

Con esta interpretación, se explican las convulsiones que no son habituales en la meningitis tuberculosa, salvo en el período inicial. 2.º) Regresión rápida del cuadro meníngeo-encefalítico coincidiendo con la aparición de los accesos característicos de la tos convulsa. 3.º) Desaparecidos los síntomas encefalíticos evolución habitual de la tos convulsa.

Lo que hace la excepcionalidad y el interés de nuestra observación, es la precocidad con que aparece la encefalitis en la tos convulsa; bien conocidas son las encefalitis en el curso de aquella afección y en su período de regresión; lo que hace la particularidad de nuestro caso, es que la tos convulsa se inicia, por decirlo así, con la encefalitis que coin-

cide con su período catarral, cuando todavía no han hecho su aparición los accesos francos. Y este hecho es importante desde el punto de vista del diagnóstico diferencial: en el momento actual la frecuencia de las encefalitis de todo orden es mayor que épocas anteriores, no sólo en nuestro medio, sino en todas partes del mundo. El hecho es evidente, sea cual fuere su interpretación (virus neurótrofo de salida, afinidad neurótrofa del propio virus causal; mayor receptividad de los centros nerviosos en virtud de heredo-infecciones y heredo-intoxicaciones; influencia de las condiciones modernas de la vida, con su inquietud, su agitación, en intensa y continuada tensión nerviosa, etc.).

Quiere decir, pues, que en presencia de un proceso agudo meningoencefalítico, al plantearse el diagnóstico diferencial, debe considerarse la posibilidad de una encefalitis de iniciación de una enfermedad infecciosa caracterizada (sarampión, tos convulsa, etc.). Y antes de aceptar el diagnóstico de meningitis bacilar o de encefalitis banal, debemos pensar que aquel proceso puede ser la primera exteriorización clínica de una enfermedad infecciosa que va luego a manifestarse francamente.

El interés profiláctico no es menor. Como no existen síntomas característicos de una afección infectocontagiosa, el enfermo es corrientemente admitido en la sala común, sin ninguna precaución especial de orden profiláctico. Es de presumirse las consecuencias terribles que representa para los demás niños el contacto con un enfermo de tos convulsa en el período en que es más contagiosa; la conducta prudente será, pues, mantener a estos enfermos en un box individual, durante un plazo prudencial no inferior a la duración habitual de la invasión de las enfermedades infecciones comunes.

Nos encontramos ante una modalidad que se presenta por primera vez a nuestra observación y que no hemos visto descrita: **meningitis pseudo tuberculosa** realizada por la tos convulsa, como **primera exteriorización clínica de esta enfermedad**, coincidiendo con el período catarral. Y esta **máscara de meningitis tuberculosa** era bastante perfecta y lo suficientemente completa como para que la tal fuera la impresión clínica recibida por todos los que vieron al enfermo en ese momento. De modo, pues, que nuestro caso enseña que **la tos convulsa**, en su período catarral, antes de que la delaten los accesos característicos, **puede hacer su presentación clínica** bajo la máscara de una meningitis de tipo tuberculoso.

CONCLUSIONES

- 1.º Que la tos convulsa puede manifestarse, cuando nada hace pensar en ella (ausencia de casos familiares, ausencia de tos espas-

El uso de la **Antiphlogistine**
como auxiliar en el tratamiento de la
NEUMONÍA

Durante treinta y cinco años la ANTI-PHLOGISTINE ha proporcionado una combinación excelente de ingredientes, que ha resultado ser una ayuda de gran valor en el tratamiento de la neumonía.

El cuidado meticuloso con que los ingredientes son seleccionados y combinados, la fidelidad con que la fórmula original ha sido seguida a través de los años, y los resultados clínicos uniformemente excelentes obtenidos con ella, han sido otros tantos factores contribuyentes hacia la formación de una opinión general de que la ANTIPHLOGISTINE es un apósito de confianza en los casos de neumonía.



Uno de los grabados en color del folleto titulado "El Pulmón Neumónico,"

La aplicación de la ANTIPHLOGISTINE en los casos de neumonía no es más que la aplicación de un principio científico y lógico a la vez. Aplicada sobre las paredes torácicas al comienzo de la enfermedad, lo más caliente que pueda soportarse sin molestia, se adhiere a la piel como un molde y constituye para el clínico moderno un medio eficaz para la aplicación y *conservación* del calor húmedo.

Para su mayor facilidad, sírvase adjuntar su recetario a este cupón, y envíenoslo por correo.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.
163 Varick St., New York City

Muy señores míos:

Sírvanse remitirme un ejemplar de su librito titulado "El Pulmón Neumónico" (incluyendo la muestra).

Nombre _____

Dirección _____

Francisco Irastorza, Plaza Cagancha 1142 Montevideo



AGUA CALIENTE

UN CALENTADOR A GAS
le da AGUA CALIENTE
inmediatamente a cualquier
hora del día o de la noche.

LOS VENDEMOS EN MENSUALIDADES

COMPañIA DEL GAS

25 DE MAYO
esq. JUNCAL

Juan N. Whyte
Administrador General e Ingeniero



EXTRACTO DE MALTA MONTEVIDEANA

Es un tónico que fortifica maravillosamente el organismo de los niños, necesitado de poderoso alimento por el crecimiento constante. Un niño debil, es un niño en inminente peligro.

1074 Médicos Nacionales certifican sus inmejorables condiciones.

S.A. Cervecerías
del Uruguay

módica), bajo la forma de un síndrome meningoencefálico (meningoencefalitis precoz de la tos convulsa).

- 2.º Que en nuestro caso el cuadro meningoencefálico adoptó la máscara de una meningitis seudo tuberculosa. (Meningitis seudo tuberculosa por tos convulsa).
- 3.º Que la iniciación de los accesos paroxísticos coincidió con la regresión de los síntomas meningoencefálicos, que desaparecen rápidamente, continuando la tos convulsa su evolución habitual.



“ SOCA ”

En su próximo número y en constante memoria al ilustre Prof. Dr. Soca, publicará una serie de clases dictadas por él en el año 1912, y recogidas por el Dr. José May, a cuya gentileza las debemos.

Con dicho número se inicia el 3er. Año de esta Revista.

COMISION DE PROFESORES PRO OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

El proceso de cancerización en las cicatrices de quemaduras, y en las Radiodermitis.

Su similitud, sus características. Hechos de observación.

Por el Dr. CARLOS STAJANO

con la colaboración del Dr. PEDRO LARGHERO IBARZ

La cancerización de las viejas cicatrices, constituye para nosotros, una modalidad de cáncer humano, de enseñanzas similares a las del cáncer experimental.

Seguimos oponiendo en Cancerología la noción celular pura, a la noción de tejido y toda la evolución de la célula neoplásica, desde su advenimiento al través de las fases predecesoras, hasta su desaparición en el curso del tratamiento por las radiaciones, la creemos ver depender de la fisiología o de la fisiología patológica del tejido en que ella nace.

No podemos por nuestra parte seguir concibiendo el cáncer exclusivamente al través de las propiedades aisladas de la célula neoplásica. Es del equilibrio del tejido vascular, conjuntivo, epitelial de glándulas, o de revestimiento, al través de una colaboración funcional de conjunto, que concebimos a los tejidos diferenciados. Los procesos tumorales benignos de los tejidos, se nos representan como trastornos funcionales dentro de ese régimen de federación histofisiológica, y que por su carácter, no tiene esa estabilidad, como parece deducirse de la anatomía patológica cadavérica, sino que son cambiantes, con todas las posibilidades de la regresión total, por normalización de las causas que los provocaron, así como en otros casos de la agravación progresiva al través de numerosas formas anatómicas intermediarias, que atestiguan estados fisiológicos también muy particulares de la federación tisular.

La cancerización final, en los casos en que ella se produce, indica la claudicación de la energía que mantiene a la vida histofisiológica de federación. Este episodio cuando está en inminencia de producirse, se

realiza cuando las reacciones fisiológicas de defensa que se oponen normalmente a toda agresión o a todo desgaste regional acaban por agotarse, después de un período a veces prolongadamente largo de compensación incesante. Es el caso de la cancerización de las viejas cicatrices, especialmente de quemaduras, y que tienen muchos puntos de contacto con el cáncer de los radiólogos o la cancerización de las distintas radiodermitis que hoy conocemos con tanta profusión, a pesar de que los radioterapeutas y radiólogos nada escriben al respecto, silenciando por completo el tema.

Observación N.º 1.—Cicatrices de quemaduras.



Obs. N.º 1.—Extensa quemadura con distintos grados de intensidad. Cicatriz exuberante, dura, roja, dolorosa localmente y con propagaciones al tórax, hombro y espalda. Trastornos pigmentarios (Acromía) en las zonas no tan profundamente esclerosas. Fenómenos vasoparalíticos distantes al lugar de la misma cicatriz.

(Esta enferma será presentada antes del tratamiento y su resultado post terapéutico en otra comunicación.)

En el mismo capítulo, pues, tratamos la “cancerización de las cicatrices y el de las radiodermitis”. En ambos casos, la cancerización se

2 gramos

de SALICILATO de SODIO
quimicamente puro y absoluta-
mente tolerable es lo que
contiene cada cucharada (20 grs.) de

Salicilato de Soda Soubeiran

Dcsaje perfecto - Sabor agradable
Producción Nacional,

Precio menor que los similares.

Los Laboratorios Soubeiran-Chobet no hacen propaganda al público

Literatura y Muestras:

CUERRA y NEGRI

Rio Branco, 1282

Petrolagar

El tratamiento universal-
mente aprobado para
estreñimiento.

Muestras y literatura
a disposición de los
Sres. Médicos



Agentes en el Uruguay:
Rodolfo J. Musante y Cia.
775 - Calle Uruguay - 777
Montevideo

Señores Médicos:

Para sus encuadernaciones
y copias a máquina.

Dirijase a V. BRUM
Calle Edo. Acevedo, 1569
Ap. A -Planta baja-Montevideo

**LABORATORIO QUÍMICO
MUNICIPAL**

No. de análisis 258.076
No. de la boleta 0215

El Jefe del Laboratorio Químico Municipal certifica que la muestra rotulada NOCCIOLATO "ROXANA", remitida por los Sres. Distribuidores TARANCO y Cia., ha sido analizada, obteniéndose los resultados siguientes:

| | |
|---|-------------------------|
| Caracteres organolépticos | Buenos |
| Humedad | Gramos por ciento. 4.10 |
| Cenizas | » » » 3.50 |
| Materias grasas | » » » 27.20 |
| Materias albuminoideas | » » » 5.37 |
| Azúcar reductor en glucosa | » » » 9.45 |
| Sacarosa | » » » 43.27 |
| Almidón | » » » 10.61 |
| Punto de fusión de las sust. grasas | 25.º0 |

VALOR ENERGETICO EN CALORIAS

| | |
|----------------------------------|--------|
| Materias albuminoideas | 19.76 |
| Materias grasas | 235.28 |
| Hidratos de carbono | 245.87 |

De los datos que anteceden se deduce que es " APTA PARA LA ALIMENTACION".

Montevideo, 10 de Marzo de 1932.

EL JEFE

A. Peluffo.

Toda persona que hiciere uso de la presente boleta para dañar la reputación de alguien, incurrirá en las responsabilidades establecidas por la ley.

produce sobre una lesión de etiología netamente regional y provocada por una agresión externa. El agente en un caso es el calor, seco o húmedo; en el otro, es la radiación. En el primero, la lesión es realizada en un instante; en el segundo, la quemadura se elabora lentamente, se incubaba, por así decir, debido a la particular acción agresiva de la radiación.

En ambos casos las reliquias provocadas por la agresión, son persistentes y la sintomatología que las revela, es pertinaz, crónica por excelencia, interminable a veces.

El síntoma subjetivo dominante es el ardor quemante, el dolor del tipo causálgico, o el prurito pertinaz.

Analizando físicamente la región quemada, ella nos muestra un block de tejido, que vive un régimen histofisiológico anormal.

- a) En las cicatrices por quemadura el aspecto es más o menos prominente y a base de un tejido conjuntivo adulto, escleroso, que invade variablemente en profundidad. En su superficie existe a veces epitelio; otras, es puramente la cicatriz conjuntiva.
- b) En ese block cicatricial, las reacciones vasomotores normales no existen, la circulación es pobre, las defensas ante la infección son precarias, la fisiología regional de ese segmento es distinta a la de las regiones vecinas no modificadas. Es un islote cicatricial, que vive fisiológicamente de prestado, por relaciones vasculares y nerviosas de vecindad o de contiguidad.
- c) Las agresiones traumáticas determinan ulceraciones que no tienen gran tendencia a la reparación, o se reparan con lentitud.
- d) Las infecciones banales germinan sin que se opongan procesos eficaces de defensa.
- e) El estado general de los enfermos se resiente en algunos casos por falta de sueño, por el dolor o el ardor.

(Presentación de numerosos clichés de cicatrices, pequeñas o extensas, toleradas muchos años unas, en cancerización las otras. — Casos personales.)

- f) Tanto en las quemaduras corrientes como en las provocadas por las radiaciones, hay un elemento que domina y que caracteriza a la anatomía y fisiología patológica de la lesión: **es una neuritis reticular crónica regional**, determinante de la sintomatología y de la evolución particular de estos procesos: dolor y ardor local o a distancia, de la neuritis regional o de la neuritis ascendente; pereza o atonía en la reparación; meopraxia local ante la infección; modificaciones de los epitelios de revestimiento o glandulares; esclerosis difusas del dermis; marborizaciones, vasopará-

lisis, telangiectasias, acromías, hiperacromías, etc., son el sello del trastorno de regulación nerviosa regional.

- g) No nos ocupamos en este trabajo de los reflejos cutáneos y vasomotores a distancia nacidos por efecto de esta espina neurítica local y que mantienen un régimen circulatorio anormal en territorios vecinos y distantes.

Hemos descrito en otros trabajos el fundamento que nos guió, al encarar en esta forma el estudio de estos procesos, y es el resultado de la terapéutica que empleamos en tal sentido, un verdadero apoyo que confirma la base clínica del concepto defendido.

La terapéutica consiste en la destrucción total del área trófica-mente anulada, suprimiendo el punto muerto de esa placa neurítica, que no permite la elasticidad reaccional y fisiológica-de todo un segmento más o menos grande de tejido. (Trabajos anteriores (1), "Las radiodermatitis", "Radioneuritis", "Su terapéutica") y en cuyo seno reside la causa determinante de la posible cancerización de estos dos procesos etiológicamente y clínicamente diferentes, pero hermanados en un todo en cuanto a la fisiopatología regional neurotrófica que los caracteriza: Radioneuritis de las radiodermatitis y radioneuritis de las quemaduras.

La cancerización.—Puede ser más o menos precoz (casos de la literatura médica y personales). Puede ser tardía y muy lejana (id.).

Cicatrices de quemaduras.—Bien sabemos que existen cicatrices viejas de quemaduras, mismo producidas en la infancia que no han degenerado, pero ello no puede oponerse como argumento, para negar la posible tendencia a la cancerización de esos tejidos anormales. En la literatura médica abundan los casos; poseemos, por otra parte, casos personales de tolerancia muy prolongada. El interés reside en estos casos:

- a) **En el largo período observado algunas veces entre la quemadura y la cancerización.** Tal es el caso de una de nuestras enfermas, cuyo largo plazo es de 35 a 40 años.

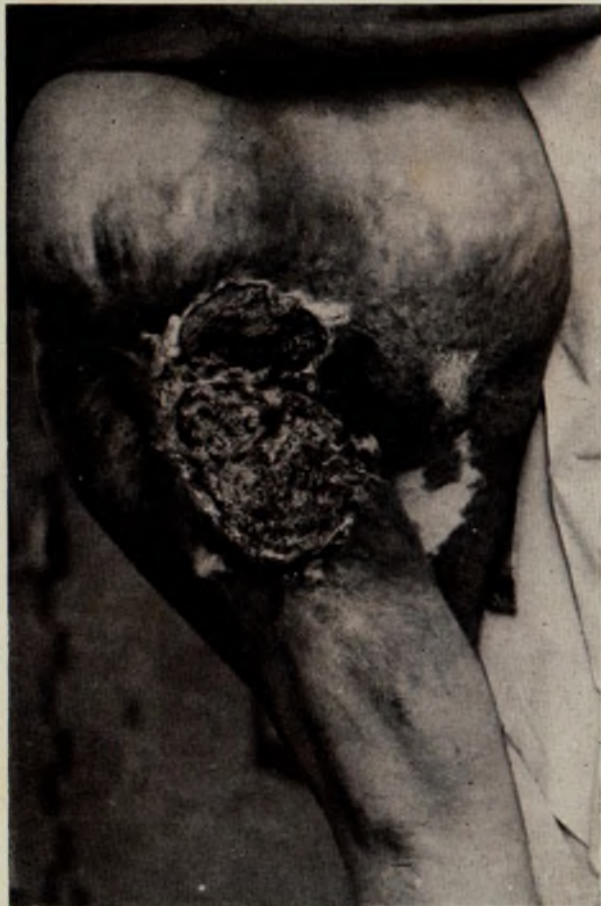
Obs. N.º 2.—Exp. 18.813.—51 años. Reacción de Wassermann, H⁸. Presión 12 ½ y 8. Urea, 0 gr. 25. Coagulación, 10'. Intensa y extensa quemadura con agua caliente en ambos muslos, piernas y región glútea izquierda, a los 10 años de edad. El muslo izquierdo demoró cinco años en curar. Durante treinta y cinco años perduró en el centro de la cicatriz una superficie central que no epidermizó. Hace ocho meses que esa zona cicatricial empezó a extenderse excéntricamente hacia la periferia. Ingresó

(1) "La Prensa Médica del Uruguay", N.º 1 y 2.

(1) Congreso Médico del Centenario. Tomo VII.

al Servicio en este estado en Agosto de 1930. Enorme ulceración que cubre el centro de la gran cicatriz; está rodeada por una zona cicatricial que le forma marco. No hay ganglios inguinocrurales. A pesar de lo extenso y antiguo del proceso procedemos a extirpar con el cuchillo de diatermocoagulación la enorme superficie neoplásica (ver biopsia). Rápidamente se desarrolla una adenopatía inguinocrural neoplásica sobre la

Observación N.º 2.—Cicatriz de quemadura y cancerización.



cual no nos es posible actuar con éxito. Muere en caquexia a los cuatro meses (la intervención realizada favoreció la invasión linfática, hasta entonces impedida por la esclerosis local de la antigua cicatriz, que circunscribió a la neoplasia).

Estudio histológico.—Colaboración del Dr. Pedro Larghero, Jefe de laboratorio del Hospital Italiano, al cual agradecemos la solicitud de su colaboración siempre dispuesta para nosotros. (Trabajo histológico especial no publicado por falta de tiempo, pero que se publicará en la próxima comunicación).

b) La segunda característica de estos casos es que la cancerización

se inicia en la parte central de la cicatriz y nunca en los bordes.

Tal es el caso actual y que coincide en un todo con la cancerización de las radiodermitis, que siempre se inicia por la parte central e invade luego los bordes secundariamente y por propagación. Es la zona central, la más aislada y la que más intensamente sufre en su nutrición, por

Observación N.º 3.—Radiodermitis en su faz de precancerización central.



Obs. N.º 3.—Radiodermitis consecutiva a una larga aplicación radioscópica (tres horas) realizada el 30 de Abril de 1929, en la cual el cirujano opera bajo la pantalla. Eritema intenso y flictenas a los seis días. Ulceración central que no cicatriza en seis meses. Durante todo el año 1931, fases de cicatrización temporaria y de nueva ulceración. Gran prurito y ardor local. Irradiaciones dolorosas al brazo y al hombro. Fenómenos vasomotores en todo el antebrazo y brazo correspondiente. Eritema intenso. La ulceración central de la placa de radiodermitis tiene mal aspecto, sin embargo no existe aún la cancerización. Ulcera atónica, dura, exangüe, en el mismo centro de la placa. (Precáncer).

Un excelente Tónico
para el Sistema Nervioso
con el aditamento de
Vitaminas B.

FOSFO-VITA QUIRON

CADA 100 GRAMOS CONTIENE:

| | |
|---|-----------|
| Glicerofosf. calcio en estado ácido . . . | 1 gr. 60 |
| » sodio » » . . . | 1 » 60 |
| » estircina » » . . . | 0 » 0125 |
| Extracto con proteínas, diastasas y fosfatos ve- getales, muy rico en Vitaminas B. | 6 » 125 |
| Excipiente aromat. | 90 » 6625 |

Edad crítica de la mujer. Debilidad general.
Agotamiento nervioso. Senilidad prematura.
Estados Neurasténicos. Surmenage Mental.

Fosfo-Vita Quiron

*Nutre y regenera los desgastes del sistema
nervioso, para que este a su vez, pueda
regular las defensas del cuerpo.*

Muestras y Literatura gratis a los Señores Médicos

LABORATORIOS QUIRON

JOSE J. VALLARINO

J. A. COZZO, Director Técnico

MONTEVIDEO

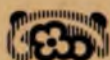
AGENCIA



PRINCIPAL

.....

COMPRE SU AUTOMOVIL
O SU CAMION Y PAGUELO
A MEDIDA QUE LO VA
USANDO



PUIG & Co.

18 DE JULIO Esq. EDUARDO ACEVEDO

Pera
Grau

=====

Jugos de Uvas
de alta
calidad

=====

Sn cuidadosa elaboración y su sabor esquisito.
lo recomiendan para los enfermos,

Bodegas Pera Grau, S. en C.
LAS PIEDRAS

Los fenómenos de languidez nutritiva (Hipotrofismo) son más intensos en la parte central que en la periferia de la placa de radiodermatitis. (Hemos curado esta radiodermatitis por nuestro procedimiento, el que presentaremos en oportunidad).

estar bloqueada por una periferia esclerosa y por estar seguramente aislada de la profundidad por un aisento también fibroso que la priva de irrigación y de inervación normal. El centro de la lesión vive una vida

Observación N.º 4.—Extensa radiodermatitis de la pierna y cancerización central de la misma. — Epitelioma espino-celular.



COMISION DE PROFESORES PAD-UCRÉ
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

Obs. N.º 4.—Radiodermatitis y cancerización (1931).—H. Italiano.—33 años, casada. Padre muerto a los 67 años, cardíaco. Madre, de cáncer de hígado.

Hace diez y siete años, un dermatólogo diagnostica un eczema de la pierna y del brazo izquierdo, rebelde a los tratamientos clásicos y aconseja después de tres años, radioterapia. Recibe cuatro aplicaciones correctas, vigiladas por un especialista, y en

campana recibe cuatro nuevas aplicaciones, seguramente sin control y con vigilancia imperfecta.

Observación N.º 4.—Extensa radiodermatitis del brazo de la misma enferma. — Mutilación de los dedos por radionecrosis, que obligan a amputaciones sucesivas.



Durante las dos últimas aplicaciones, aparece el eritema ardoroso, en toda la zona actualmente enferma, y más tarde la ulceración. También se inicia en la mano el mismo proceso de radiodermatitis ulcerosa (índice de la mano izquierda); la ulceración de la mano cicatriza al año, pero con tal retracción que es menester amputar el dedo índice y mediano. (Ver aspecto actual de la mano y antebrazo, que vigilamos sin tratar).

precaria que puede hacerse totalmente insuficiente, cuando la involución de los tejidos ambientes propia a edades más o menos avanzadas, completan ese grado de insuficiencia nutricia. Ese es a nuestro juicio un factor que la cancerología no puede olvidar, y que es un argumento más en favor de la teoría neurovegetativa de la cancerización. **La cancerización se inicia, cuando el tejido que le dará origen, llega al punto máximo de la insuficiencia funcional en la regulación de la vida de conjunto.**

He aquí esta observación:

Las lesiones de la pierna izquierda la obligan a guardar cama un año, en que casi cicatrizó su lesión espontáneamente indolora, pero sensible a la presión. Pasado un año un pequeño traumatismo, produce una pequeña ulceración muy dolorosa espontáneamente, que no cicatrizó más hasta el momento actual, aumentando en cambio, el tamaño de sus vegetaciones. Biopsia. Epitelioma espinocelular en la zona central de la placa bordeado por una radiodermatitis esclerosa en toda su extensión (Larghero). Utilizamos en este caso la extensa y profunda electrocoagulación de la ancha zona cancerizada y sobrepasamos los límites de la radiodermatitis originaria. Llegamos hasta regiones normales y no tememos a la extensa herida que produce este desgaste. — Presentaremos próximamente esta enferma a la Sociedad con la terapéutica seguida y comprobaciones histológicas de interés. (Colaboración del Dr. Larghero).

Observación N.º 5.—Terrible lesión de radiodermatitis y cancerización multifocal. — La cancerización central se muestra con evidencia.



Obs. N. 5.—Enferma atacada de prurito vulvar esencial (1) hace 15 años. Tratada por radioterapeutas especialistas, provocándosele una extensa quemadura.

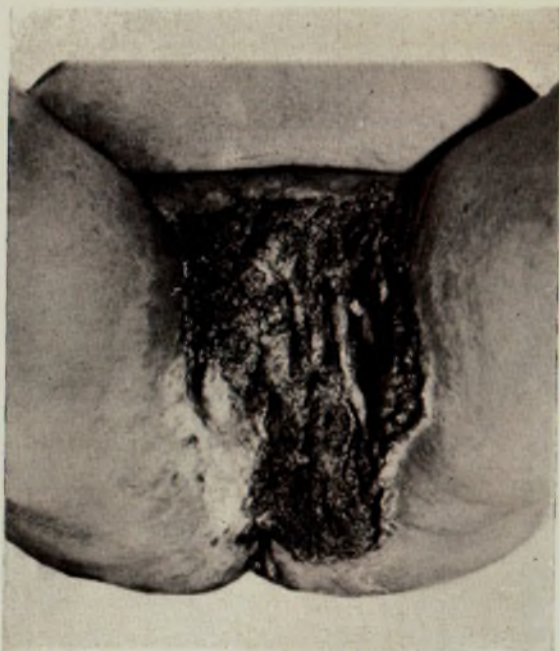
Radiodermatitis esclerosa perivulvar, perineal, prepubiana, génitocrural y crural interna bilateral, de evolución ininterrumpida y con una sintomatología cruelmente dolorosa y ardorosa, llegando la enferma hasta los umbrales de la neuropatía a consecuencia del insomnio provocado. Vemos a esta enferma cuatro meses antes de morir, con una cancerización multifocal (epitelioma espinocelular) en diversos puntos

(1) Prurito neutrófico de origen central de nuestra clasificación. Prurito vulvar. "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo" y "Revista Latino Americana", Agosto de 1929.

de esa extensa radiodermatitis. La cancerización como en los otros casos se inicia en las partes más centrales de las radiodermatitis, respetando en ese estallido inicial, la periferia de la placa.

Obs. N.º 6.—Cancerización y radiodermatitis esclerosa en una zona operada trece años antes de cáncer.

Cáncer vulvar operado hace trece años. Vulvectomía total. Vaciamiento ganglionar bilateral. A los dos años de esa operación aparece prurito vulvar en la cicatriz. Hace diez años se le hace radioterapia para combatirlo, y a continuación hace una radiodermatitis atrófica. Hace dos años, en 1927, la vemos con un nuevo tumor sobre esa superficie mal nutrida (Epitelioma espino celular). Prurito persistente, ardor, dolor en toda la piel modificada por la radiación. Es notable ver el marco que en toda la periferia de esa enorme cancerización, le forma el tejido modificado por las radiaciones. (Radiodermatitis) viéndose netamente que el proceso de cancerización se inicia del centro a la periferia.



Observación N.º 7.—Radiodermatitis de catorce años de evolución, en su etapa de cancerización central extensa, marginada por el marco de la radiodermatitis originaria.

Obs. N.º 7.—Radiodermatitis y cancerización.—74 años de edad, hace 15 años operada por el Dr. García Lagos de un tumor epitelial de la hemivulva izquierda. Aconseja radioterapia post operatoria que es realizada en catorce sesiones, y que hubo que suspender, pues la enferma hace una intensa y extensa quemadura (aplicaciones realizadas por un especializado). No ha curado más su lesión, hasta la fecha, en que ingresa por ardor, dolor, secreciones fétidas y un extenso tumor vulvoperineal (epi-

Productos
«ROCHE» S. A.

Yaguaron, 1184

Montevideo

T. U. 487 - Cordón

ALLONAL ROCHE

Analgésico reforzado
(Sedante é hipnógeno)

Indicaciones: Todas las algias; excitación ante y postoperatoria; insomnios de origen doloroso, cáncer, tabes, cólicos, etc.

Dosificación: 1 a 4 comprimidos en 24 horas.
En casos de dolores fuertes o de insomnio tenaz: 2 ó 3 compr. de una vez.

Envase: Frasco original de 12 comprimidos.



Introducido en la farmacopea desde hace más de 40 años,
el jarabe a base de tomillo

Pectussin
TAESCHNER

ha demostrado su alta eficacia como remedio insustituible en los
Trastornos catarrales
de las vías respiratorias

ÚNICOS CONCESIONARIOS:
KROPP & Cía. S. A.
MONTEVIDEO - MISIONES 1434
Tel. Urug. 1641 Central y Cooperativa

Frascos originales de 200 c.c.

Solicite muestras gratis!

ANTIDOL

TABLETAS CONTRA EL DOLOR

ANTIDOL de acción específica y directa sobre todas las neuralgias, suprime con la primer tableta los dolores de CABEZA, de MUELAS, NEURALGIAS de la cara, INTERCOSTALES, CALAMBRES musculares, etc.

Es sumamente eficaz en el REUMATISMO, la CIÁTICA y el LUMBAGO. Es utilísimo en la GRIPPE evitando el malestar y decaimiento que acompañan a esa enfermedad.

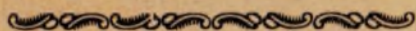
DURANTE Y CARRARA

FARMACEUTICOS

Calle BUENOS AIRES, 523 Bis

MONTEVIDEO

VISITE LA SIRENA



durante las

4 Horas

del sábado de

8 1/2 a 12 1/2

LARGHERO & Cia.

SARANDI
B. MITRE y BACACAY

Vino

«Del Viejo Noé»



PROLONGA LA VIDA

Elaborado para familias por el
INSTITUTO VITIVINICOLA
del SAGRADO CORAZON

El Instituto Vitivinícola del Sagrado Corazón garantiza que el VINO DEL VIEJO NOÉ, es elaborado con las uvas seleccionadas del más antiguo viñedo de Colón. Antes de pasar los racimos a la moladora, son revisados por numeroso personal que selecciona los racimos y las uvas, en forma que la materia prima sea toda uniforme y de la mejor calidad a fin de tener excelente base para obtener un vino especial. Por eso el VINO DEL VIEJO NOÉ es recomendado por los médicos especialistas en alimentación, por su alta pureza y sus notables cualidades nutritivas.

AVENIDA LEZICA, 5952-Colón
Montevideo Tel. 3074-Cordón

D. y D. A. CAPELLA y PONS

Optica - Fotografía
Ortopedia Higiene

18 de Julio, 1241

Teléfono:
Uruguay, 338 - Cordón

Lavadero América

EMPRESA DE LAVADO Y
PLANCHADO MECANICO

de Ricardo R. Banchs

Para los señores Médicos, Sanatorios y Hospitales, servicio esmerado y rápido a precios módicos.

Teléf.: Uruguay 607, Cordón.
COLONIA, 2226 Montevideo.

telón: a espinocelular) que ha culminado la evolución de una radiodermatitis ulcerosa, de 15 años de evolución. En la periferia se puede comprobar aún el marco escleroso de la radiodermatitis originaria. La enferma insiste en la extensión hacia la periferia de su proceso úlcero-tumoral.

En los confines periféricos de la lesión, donde se perciben aún tejidos de radio-



Observación N.º 8

dermitis, el síntoma dolor y ardor están presentes, no así en la parte central, cancerizada, donde la insensibilidad es completa. El Dr. Pouey trata a esta enferma mediante electrocoagulación en diversas etapas. Es de hacer notar la poca tendencia que tienen los cánceres de las cicatrices y los desarrollados sobre radiodermatitis y radionecrosis a repercutir en los ganglios regionales. ¿La barrera esclerosa periférica obra favoreciendo esta limitación? Hemos visto también, que la remoción de estos

tumores, favorece la invasión ganglionar; y, creemos, que con la práctica de la liateimocoagulación, puede ser posible el bloqueo periférico de la lesión, antes de la destrucción propiamente dicha del tumor.

Este detalle técnico puede tener algún fundamento, de acuerdo con los hechos de observación, al través de la larga evolución de estos procesos, como de las consecuencias post operatorias, así como también, de la anatomía patológica que confirma en un todo nuestra sospecha.

Obs. N.º 8.—Radiodermatitis y cancerización central.—E. B., 76 años, soltera. Hace diez y ocho años radioterapia por bocio retroesternal. Hizo entonces una radiodermatitis extensa, que curó. En Buenos Aires, un distinguido radioterapeuta vuelve a hacer radioterapia. Desde entonces (varios años), sufre espantosamente de su lesión. Un destacado dermatólogo argentino propone e intenta curarla con radiumterapia, agravándola considerablemente. Toda la terapéutica dermatológica utilizada por distintos especialistas fracasa. Un cirujano en Montevideo, seis meses antes de verla nosotros, la trata por una grave infección cutánea desarrollada en plena placa de radiodermatitis, con participación de ganglios biaxilares, y con peligro de su estado general. Vemos a esta señora en Abril de 1930, con extensa placa de radiodermatitis esclerosa en región preesternal, asiento de sensación de fuego, con ardor, dolor y prurito intensísimo en la periferia de la zona, azotando su sistema nervioso. Telangiectasias de piel circundando a la zona, hasta ambos hombros y región infratiroidea. En pleno centro de la placa hay un tejido mal nutrido, poco irrigado, muy atónico, adherente al esqueleto esternal, cuya biopsia extirpada en el acto operatorio, nos permite luego afirmar (Dr. Larghero) la naturaleza espinocelular de la cancerización incipiente a ese nivel. Es cuanto interesa para el trabajo actual. Hemos curado radicalmente a esta enferma en cinco meses y medio. Alta en Octubre de 1930, cuyo detalle presentaremos después, después de interminables años de sufrimientos y terapéuticas infructuosas.

CONSIDERACIONES

El objeto de este capítulo no es otro que el demostrar la necesidad de detenerse a estudiar la fisiopatología de los tejidos que, modificados por agresiones locales de determinada calidad, se hacen aptos a elaborar células cancerosas.

En este capítulo destacamos la similitud fisiopatológica de dos procesos aparentemente diferentes:

Cicatrices de quemaduras y lesiones de radiodermatitis o radionecrosis de diversa intensidad. En ambos procesos, hay una lesión que les es común: es la **neuritis reticular periférica**, fuente de síntomas y clave para nosotros fisiopatológica de su evolución conocida (1).

El concepto que defendemos desde 1919 incesantemente hasta hoy respecto a la cancerización, de acuerdo con la fisiopatología neurovegetativa de los tejidos, nos permite explicar:

- a) La cancerización primitiva central de la lesión, evolucionando del centro a la periferia;
- b) El largo plazo que separa, en algunos casos, a la quemadura de la cancerización final.

Ese largo plazo de tolerancia parece confirmar la noción de fisiopatología general, que hemos sostenido, en lo que a la vida trófica del tejido se refiere (2).

En efecto: una lesión traumática, cicatricial, ulcerosa o distrófica de cualquier orden, puede ser tolerada variablemente y sin modificarse en el correr del tiempo. La intervención de factores generales, que repercuten en la vida regional, asiento de la lesión en causa, pueden modificar o cambiar su ritmo nutritivo, y de ahí es que la edad puede imprimir a regiones que viven fisiológicamente ya una vida precaria, un régimen por entero insuficiente. Sabemos bien el rol de la edad en la vida normal o patológica de los tejidos. (Participación vascular, neurovegetativa perivascular, regional o central; rol de los humores y hormonas en la nutrición general y regional; involución, atrofia).

El rol de la edad se manifiesta en la evolución de las cicatrices y de las radiodermitis, del mismo modo que en todas las lesiones crónicas, ulcerosas, toleradas largos años, y que se cancerizan. Es la participación conjunta de la etiología externa y de la etiología interna, en el proceso de la cancerización de los tejidos.

No compartimos el pesimismo terapéutico respecto a la curación de estos procesos, y que se trasluce al través de la comunicación de Simón Laborde en la Asociación del Cáncer de París, siempre que se realicen las condiciones requeridas por nosotros (3), de acuerdo con la naturaleza que creemos les corresponde a estos procesos.

- a) Desechamos la cirugía, a pesar de ser cirujanos, porque la herida que queda no reúne siempre las condiciones de una reparación normal, por la extensión de la mutilación y especialmente por la calidad de los tejidos residuales.

(1) Precáncer vulvar. "Revista Médica del Uruguay", 1919.

(2) Sistema nervioso y precáncer. 1921, 2 tomos. — (2) Trófismo y Cáncer. 1922.

(3) Concepto que guía al tratamiento de las radiodermitis y casuística demostrando la curabilidad de todos los casos de radiodermitis considerados incurables hasta hoy. Dos series ya presentadas de casos a la Sociedad de Cirugía. Presentaremos una tercera con curación integral y nuevos resultados obtenidos.

- b) Desechamos **formalmente** la curieterapia, porque no sólo ha demostrado ser infiel en estas lesiones, sino que se muestra peligrosa, prolongando la evolución y perjudicando a menudo al proceso, por agravación de la radiodermatitis existente.
- c) Utilizamos la electrocoagulación extensa, a veces muy extensa y profunda, hasta el confín de los tejidos normales; dominando, por así decir, la mayoría de los casos.

No es en esta comunicación que queremos insistir respecto a los brillantes resultados de esta terapéutica, a pesar de la extensión de las lesiones, que prácticamente nunca nos detiene.

No tememos a una gran pérdida de sustancia siempre que sobrepasemos el mal y lleguemos al límite en que las granulaciones conjuntivas, sean normales. El injerto ha sido innecesario siempre, y la cicatrización en cinco o seis meses no es un plazo tan largo, para un proceso que ha durado una vida entera.

CONCLUSIONES

- 1.º La cancerización de las cicatrices de quemaduras y la de las radiodermitis, nos revelan dentro de la clínica, a un proceso que puede equipararse al cáncer experimental.
- 2.º Dos etiologías distintas, dan procesos similares, en cuanto a su evolución y naturaleza histofisiológica.
- 3.º La insuficiencia trófica, nutricia, regional, se manifiesta en ambos procesos, en el centro de la lesión, más intensamente que en la periferia.
- 4.º La cancerización de ambos procesos procede en forma similar. La cancerización central, inicia el proceso y la periferia es alcanzada lenta y progresivamente.
- 5.º La edad del sujeto, la participación de causas generales, humorales, tóxicas, etc., pueden contribuir a que la vida trófica precaria de estas lesiones, se haga totalmente insuficiente, y la cancerización ser entonces la consecuencia, después de largos años de tolerancia de las lesiones. **Cancerizaciones tardías.**
- 6.º El hecho clínico que domina y qua la anatomía patológica confirma, es que el cáncer de cicatrices y el de las radiodermitis es poco metastásico (barrera esclerosa perifélica). Esta noción importantísima, debe tenerse en cuenta en el acto operatorio, para evitar la diseminación hasta entonces contenida.



\$11.000.000.000

CAJA NACIONAL de AHORRO POSTAL

INSTITUCION NACIONAL DE AHORRO, QUE OFRECE LOS SIGUIENTES PRIVILEGIOS:

liberabilidad de los depósitos Facilidad para las mujeres y niños para operar libremente Garantía del Estado y abonando el más alto interés de plaza

Oficina Central: MISIONES 1381 MONTEVIDEO.

6% hasta \$2.500

MILANO

PRODUCTOS DE

Petróleo Ruso

NAFTA MOSCU

KEROSENE MOSCU

LUBRIFICANTES Moscu Oil

Importadores: LOSTORTO & Cia.

Telfs. Urug. 2086 y 2088 y Cooperativa

CALLE YI, 1550

MONTEVIDEO

Hexametilentetramina

GALIEN

Formas:

Inyectables en todas
las dosis.

Comprimidos


Ampollas de 2 y 5 c. e.
Comprimidos de 0.50



PRODUCTOS DE LOS
LABORATORIOS GALIEN

Profesores:

Bocage, Bujalance y Capra
Farmacéuticos

Escritorios: PAYSANDU, 1780-83  MONTEVIDEO

COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO