

queda comprobado por el hecho experimental de que aislando el ácarus de sus vesículas y suspendiéndolo en una gota de aceite, que se coloca en el microscopio, los movimientos del animal se van debilitando poco a poco hasta paralizarse por completo en diez minutos.

De todo lo dicho resulta que la Argémoma mexicana da dos nuevos medicamentos: uno hipnótico, el extracto acuoso, y otro emeto-purgante y antipsórico, el aceite de las semillas. El primero no tiene gran importancia, puesto que contamos actualmente con somníferos seguros numerosos, a no ser la ventaja de poderse emplear en los niños, en los que el opio es muy peligroso. El segundo sí es de tomarse en consideración, no bajo el punto de vista purgante, porque ya señalé los inconvenientes que presenta, pero sí contra la sarna, en la que las pruebas biológicas y clínicas alientan a seguirlo experimentando.

Respecto al método para aplicar el aceite como antipsórico, es en todo igual al recomendado para la pomada alcalino-sulfurosa.

Si el jabón líquido, que ya ha experimentado el referido Dr. Landa, sigue dando pruebas de su eficacia, es de preferirse al aceite, por razones que a nadie se ocultan.

III

Como al principio indiqué que el Chicalote tiene interés industrial, me permito agregar a este estudio algunas consideraciones a este respecto, con la intención de que la grasa de que me he ocupado pueda entrar en los productos comerciales y se facilite conseguirla.

Este aceite puede obtenerse por expresión, como el de linaza u otros, y como éste último, puede utilizarse en la fabricación de barnices grasos, con gran ventaja, en especial para los tonos claros y delicados. Los aztecas lo usaban y a esto se debe que sus cuadros se conservaran tan frescos como si estuvieran acabados de pintar.

Puede dar buenas utilidades, porque el grano contiene 36% de grasa: una hectárea puede producir 1,000 kilos de aceite, y como la planta no necesita cultivo, se obtendría a bajo precio el aceite.

México, 15 de noviembre de 1913.

Eduardo Armendáriz.

Un caso de Carcinoma desarrollado en el Muñón del Cuello, después de Histerectomía Supra-vaginal.

Ya en otra ocasión, en un trabajo leído ante esta H. Academia, me ocupé del cáncer de la matriz, con objeto de contribuir en la lucha contra esta enfermedad tan vigorosa, como inteligentemente iniciada por el Sr. Dr. Villarreal; hoy vuelvo a ocuparme en el mismo asunto, presentando a ustedes un caso que

dará motivo para conclusiones muy interesantes en la profilaxia de tan terrible mal.

A fines del año de 1910 fuí llamado por el Dr. Mesa Gutiérrez para examinar a la Sra. C. A., de 47 años, casada. Hecho el diagnóstico de fibromas de la matriz, la operamos el 6 de enero de 1911, hace tres años. La operación consistió en la histerectomía supravaginal con fijación en el muñón del cuello a los ligam entos redondos.



Fig. 1.

Carcinoma de células escamosas, desarrollado a expensas de la mucosa uterina.

Tanto la operación, como la marcha post-operatoria, fueron enteramente felices y la enferma volvió a su tierra.

La pieza anatómica, cuidadosamente examinada, en nada difería del aspecto que presentan los fibromas de la matriz múltiples y de mediano volumen.

En el mes de septiembre del año próximo pasado volvió la enferma a consultar sobre un dolor que desde hacía dos o tres meses padecía en la fosa ilíaca izquierda con irradiaciones a todo el miembro inferior de ese lado. A la exploración se notaba una masa fluctuante, más grande que una mano empuñada, situada sobre el ligamento ancho izquierdo, prolongándose en la dirección del

infundíbulo pélvico y ligeramente dolorosa. El muñón del cuello, en contacto por su parte superior, pero no adherido a la masa antes citada, estaba fijo y no presentaba en su porción vaginal ningún signo de degeneración.

No habiendo signos bastantes para formular un diagnóstico exacto y hacer la diferenciación entre un neoplasma y una colección determinada por intolerancia del muñón de alguna ligadura, se decidió hacer una laparotomía exploradora y tratar la lesión en consonancia con lo que a la vista se presentara.

Abierto el vientre, se encontró en la dirección de los vasos ilíacos, cubierta por el peritoneo posterior y fija a la excavación pélvica, una gran masa de tejido blandusco que, descubierta, resultó ser un carcinoma extremadamente vascularizado e inoperable; en consecuencia, se cerró el vientre.

La marcha post-operatoria fué normal, y en la actualidad, tres meses después de la intervención, la enferma, ya caquetizándose, espera el fin de su vida dentro de muy poco tiempo.

El examen histológico de un fragmento de tejido tomado del tumor, dió el siguiente resultado: carcinoma de células escamosas desarrollado a expensas de la mucosa (fig. 1), diagnóstico hecho por el histologista Sr. Dr. Davis, a quien debo mis agradecimientos por la magnífica microfotografía que ilustra este trabajo.

Dos consideraciones de gran importancia pueden hacerse con motivo de este caso: la primera es la degeneración maligna del muñón del cuello, que durante la operación no presentaba signo alguno macroscópico que hiciera pensar en ella; y la segunda, el desarrollo de la neoplasia sobre la parte alta del muñón, dejando sana la parte vaginal, y su crecimiento siguiendo la línea de menor resistencia, hasta casi independerse del lugar de origen.

Esta segunda consideración, de menor importancia que la primera, sólo la consigno como un detalle que permite ver cómo los neoplasmas pueden evolucionar hacia el lugar de menor resistencia, y si encuentran allí condiciones favorables a su desarrollo, crecen, estrechándose en lugar de origen hasta independerse de él. En este caso el carcinoma, nacido en el extremo superior del muñón del cuello, probablemente donde estaba en contacto con el ligamento infundíbulo pélvico, encontró en el tejido celular de este ligamento, extremadamente flojo y vascularizado, un terreno a propósito para su desarrollo, y creció en esa dirección, desarrollándose hacia arriba, hasta el grado de casi perder las relaciones con el cuello que le dió origen. Me ha parecido de importancia consignar este detalle, porque puede ser útil para el diagnóstico en casos semejantes.

La degeneración maligna del muñón del cuello ha sido señalada desde hace varios años, siendo Croback uno de los primeros en llamar la atención sobre este terrible accidente, a propósito del cual, Leonard ha escrito últimamente un interesante trabajo refiriendo dos casos pertenecientes a la clínica del Dr. Kelly, de Baltimore, y haciendo una recopilación de los que han aparecido en la literatura ginecológica.

Los casos del Dr. Kelly, brevemente referidos, son:

M. Q., de 43 años, fué operada en el John Hopkin's Hospital por primera vez en diciembre de 1894, de un absceso tubo-ovárico fuertemente adherido al epiplón y a la S. ilíaca. Se le practicó la histerectomía supra-vaginal. La enferma tuvo una convalecencia rápida y sin incidente. Diez y ocho años después de la operación volvió quejándose de profusas hemorragias que habían comen-

zado un mes antes de su entrada al Hospital, presentando en el labio posterior del cuello un neoplasma vegetante que sangraba abundantemente al tacto. Por la vía abdominal, y siguiendo el procedimiento de Wertheim, se extirpó el muñón del cuello junto con el neoplasma y un amplio collar vaginal. La enferma curó sin dificultad. El examen microscópico de la pieza mostró ser un carcinoma de células escamosas.

El segundo caso, E. L., de 38 años, fué operada por primera vez en enero de 1900, de un gran quiste ovárico del lado derecho y otro más pequeño del lado izquierdo, ambos sólidamente adheridos al útero, vejiga, epiplón e intestinos. El Dr. Kelly hizo la histerectomía supra-vaginal, amputando el cuello a la altura del istmo. La convalecencia fué satisfactoria. En noviembre de 1903, casi cuatro años después de la operación, comenzó la enferma a padecer de escurrimiento vaginal fétido y volvió al Hospital en julio de 1904, con una gran masa fungosa ocupando todo el cuello y una buena parte de la vagina, sobre todo en su pared anterior. El Dr. Samson operó a la enferma extirpando todo el tumor con resección de la pared posterior de la vejiga. A los siete días de operada tuvo la enferma un ataque de anuria, del que se mejoró, reapareciendo cinco días después acompañado de fiebre alta, náuseas y vómitos; dos días más tarde vuelve el mismo cuadro con dolor en la región del riñón izquierdo. Expuesto al día siguiente este riñón, se encontraron muchos abscesos sub-corticales que fueron abiertos con el termocauterío. A los diez y seis días después de la operación, la enferma murió. El examen histológico de la pieza, demostró ser un carcinoma de células escamosas.

Los tres casos referidos, añadidos como están, a la lista siguiente, formada por Leonard, con los otros dos que pertenecen al Dr. Velázquez Uriarte, forman un total de 41 casos bien comprobados de degeneración maligna del muñón del cuello.

Autor.	Histerectomía supra-vaginal.	Tipo del neoplasma.	Epoca del desarrollo.
Botzong	Fibroma	Carcinoma	4 años.
Chaput	a. Inflamación pélvica...	Carcinoma	1 año 3 meses.
	b. Inflamación pélvica...	Carcinoma	1 año.
	c. Inflamación pélvica...	Carcinoma	6 años.
	d. Inflamación pélvica...	Carcinoma	2 años 6 meses.
Chroback	a. Fibroma	Carcinoma	
	b. Fibroma	Carcinoma	
	c. Fibroma	Sarcoma	
Currier	Fibroma	Carcinoma	8 meses.
Fleischmann	Fibroma	Carcinoma	7 años.
Freund	Menorragia	Carcinoma	1 año 6 meses.
Hargrave	Fibroma	Carcinoma	6 meses.
Jacobs	a. Fibroma	Carcinoma	1 mes.
	b. Fibroma	Carcinoma	1 mes.
Kaufmann	Fibroma	Carcinoma	4 años.
Ladinsky	Fibroma	Carcinoma	6 meses.
Leonard	a. Inflamación pélvica...	Carcinoma	18 años.
	b. Quistes ováricos bilaterales e inflamación pélvica	Carcinoma	3 años.
Lewis	Fibroma	Carcinoma	6 meses.
Lumpe	Inflamación pélvica...	Carcinoma	1 año 8 meses.

Autor.	Histerectomía supra-vaginal.	Tipo del neoplasma.	Epoca del desarrollo.
Manton	Fibroma	Sarcoma	3 meses.
Menge	Fibroma	Sarcoma	9 meses.
Newman	Fibroma	Carcinoma	7 años.
Noble	Fibroma	Carcinoma	8 meses.
Norris	Fibroma	Carcinoma	2 años.
Olshausen	a. Fibroma	Carcinoma	7 años.
	b. Fibroma	Carcinoma	7 años.
Quenu	Fibroma	Carcinoma	5 años.
Richelot	Fibroma	Carcinoma	6 meses.
	Fibroma	Carcinoma	6 meses.
	Fibroma	Carcinoma	3 años.
Savor	Fibroma	Carcinoma	4 años.
Schenk	Gran tumor uterino...	Carcinoma	5 meses.
Turner	Fibroma	Carcinoma	8 meses.
V. Ehrlach,	Fibroma	Carcinoma	1 año.
Wehmer	Fibroma	Sarcoma	8 meses.
Kelly	a. Abscesos pélvicos	Carcinoma	8 años.
	b. Quistes ováricos	Carcinoma	3 años.
Valdés	Fibroma	Carcinoma	3 años.

Si a estos casos se añaden unos veinte, simplemente citados por Richelot, Hartman, Murtry, Le Dentu, Pean, Martin, Ladinsky, Savor, Von Haker, Olshausen, Pawlick, Batigne, Condamain, Crusen y Hamond, hacen un total de 61, que aumentarán mucho con los no publicados y los que hayan permanecido ignorados.

Echando una ojeada sobre la lista anterior, se ve desde luego que la mayor parte de los cánceres desarrollados sobre el muñón del cuello lo han sido después de operaciones por fibromas y que, además, la mayor parte lo han sido del tipo carcinoma. Esto, indudablemente, hace pensar en la relación que pueda haber entre el fibroma y el carcinoma, tanto más cuanto que en algunos casos, como los Jacobs, Manton, Schenk, Hargrave, Ladinsky, Lewis y Richelot, el neoplasma se ha desarrollado seis meses o menos después de la histerectomía y en otros seis casos, entre seis meses y un año, lo que hace suponer la probabilidad de que al practicar la histerectomía ya el cáncer estaba presente y que sólo ha pasado inadvertido por sus pequeñas dimensiones, recibiendo un impulso a su crecimiento por la mayor actividad circulatoria que tiene el cuello después de haber sufrido el cuerpo.

Seguramente que la explicación del hecho enunciado estriba en que un gran número de los llamados fibromas no son fibromas puros sino fibro-adenomas, y sabido es que el adenoma no es sino la primera etapa del cáncer, uno de los neoplasmas benignos más avocados a transformarse en malignos, una de las enfermedades precancerosas, como en la actualidad se les llama.

Más probable es que esto sea, y no una simple coincidencia como lo quieren Montgomery y Fisher (Keen's Surgery, vol. V, pág. 535), explicada por la frecuencia de los fibromas después de los treinta años. Según estos autores, después de esa edad, un tercio de las mujeres padecen de fibromas, apreciación que también me parece exagerada, pues en mi práctica, si bien muy corta con relación a la de estos cirujanos, he podido observar que si es cierto que los fibromas son bastante frecuentes, no llegan a esa alarmante proporción.

La idea al principio enunciada, creo que encuentra confirmación en el gran número de casos en que el cáncer se encuentra combinado con los fibromas. En un tres por ciento, según las estadísticas citadas por Leonard, que en seguida copio,

Hofmeier.....	445 casos de fibromas....	17 con cáncer.
Winter.....	753 " " "	23 " "
Noble.....	1,188 " " "	41 " "
Cullen.....	1,400 " " "	43 " "
	<hr/>	<hr/>
Total	3,786	124

Si en los casos de fibromas es donde más frecuentemente se observa la degeneración del cuello, y en un tres por ciento aproximadamente están complicados con cáncer, ya sea del cuello, ya del cuerpo, salta desde luego a la consideración del ginecólogo si al operar éstos, debe abandonarse la histerectomía supra-vaginal con su facilidad y rapidez de ejecución y su menor mortalidad, por la histerectomía total con sus escollos y dificultades y su mortalidad más crecida.

Aun cuando parece que algunos cirujanos han seguido este camino, es, sin embargo, muy de pensarse y estudiarse el problema; porque si nos atenemos a las estadísticas que han podido recogerse sobre este asunto, vemos que, según Botzon, en 724 casos de histerectomía supra-vaginal reunidos en las principales clínicas europeas, la mortalidad operatoria es de 2.61%; en tanto que en 499 casos de panhisterectomía de los mismos operadores la mortalidad se eleva a 6.60%, es decir, casi tres veces más alta que en la supra-vaginal. Si consideramos exacta la proporción de tres por ciento en que los fibromas se encuentran combinados al cáncer, y añadimos esta cifra al 2.61% de mortalidad de la histerectomía supra-vaginal, considerando estos casos como perdidos, vemos que todavía así quedaría muy por abajo de los 6.60% de mortalidad de la panhisterectomía. Hay que pensar que en el 3% de combinación del fibroma con el cáncer, muchos casos llevan la neoplasia maligna en el cuerpo y no en el cuello, y al hacer la sub-total queda extirpado el neoplasma en la misma forma que si se hiciera la histerectomía completa.

Si por razones de mortalidad y otras que por bien sabidas me callo, no es conveniente volver al primitivo procedimiento de panhisterectomía al tratar los fibromas, ¿qué hará el ginecólogo para defender a sus operados de un accidente tan serio como la degeneración maligna del muñón que ha dejado?

Es en mi concepto, siguiendo en esto también la práctica de Leonard, necesario que de una manera sistemática se vacíe el muñón del cuello de la mucosa que lo tapiza, llevándose en este vaciamiento todo el elemento glandular y epitelial, origen de las neoplasias malignas, y someter, también de una manera sistemática, al análisis histológico, estas porciones de tejido para completar la histerectomía en una segunda operación, que siempre será hecha a tiempo, si se encuentran elementos malignos.

En dos casos de fibromas que he operado después de haber visto la degeneración maligna en el muñón del cuello que sirve de tema a este trabajo, he seguido esta práctica, sabiendo con satisfacción que los muñones que han quedado estaban libres de células cancerosas, y que la disposición epitelial de la mucosa quitada no hacía pensar en su posible degeneración. Esta información histoló-

gica, y la consideración de haber quitado los elementos epiteliales, me hacen estar tranquilo respecto al porvenir de estas enfermas.

La técnica para quitar la mucosa del muñón del cuello, es en extremo sencilla: con un cuchillo de lámina angosta, que se hunde en pleno tejido muscular del muñón del cuello, y que con pequeños movimientos de arriba a abajo se le hace dar la vuelta contorneando la cavidad uterina, se saca un cono de tejido conteniendo la mucosa del cuello, con la misma facilidad con que se enucleara en esa forma el hueso de una fruta.

Este pequeño detalle operatorio, pequeño por el trabajo y tiempo que para su ejecución exige, pero grande por sus resultados, tiene, además, la ventaja de permitir un afrontamiento mejor y mayor facilidad en la sutura del muñón.

Si la práctica que aconsejo, y que ya siguen algunos cirujanos americanos—de donde la copio—, de extirpar la mucosa del muñón del cuello y someterla al análisis histológico, se hiciera de una manera sistemática por nuestros cirujanos, en todas las histerectomías supra-vaginales, o cuando menos en las que se practicasen por fibromas; se daría un gran paso en la profilaxis del cáncer, que tantas víctimas hace, ensañándose en ellas con inaudita crueldad.

México, 21 de enero de 1914.

U. Valdés.

Algunos casos de Patología Renal.

Los padecimientos génito-urinarios son numerosos y el conjunto de síntomas que debiera caracterizar a cada uno de ellos es tan inconstante y poco concluyente cuando se trata de establecer un diagnóstico preciso, que se hace indispensable recurrir a todos los medios modernos de exploración a fin de evitar tanteos y equivocaciones en la conducta terapéutica que deba seguirse en cada caso. Es indudable que existen síntomas cuya significación clínica basta para llegar al diagnóstico; pero no siempre se presentan estos síntomas típicos, y de aquí la necesidad y la obligación de recurrir, casi siempre, a la exploración instrumental, sea por medio del cistoscopio, del endoscopio de Kelly, del separador de Harris Luig, de los Rayos X y aun de la pielografía.

En el movimiento progresivo del diagnóstico quirúrgico ha entrado el que se refiere a los trastornos del riñón, cambiando por completo la resolución de problemas tan importantes. No ha muchos años se tropezaba con dificultades casi invencibles para poder apreciar claramente las condiciones clínicas de los trastornos renales; pero ahora la cirugía particularmente ofrece medios de exploración más positivos, revela nuevos y desconocidos senderos e ilumina nuestros conocimientos con todos los datos extraídos de las intervenciones intra-abdominales. El tropiezo de confusión que surge, a veces, al recoger los datos anamnésticos, puede así franquearse con frecuencia, llegando más tarde a establecer un grupo de premisas que conduzcan al diagnóstico. No debe olvidarse, sin embargo, la regla capital que rige la interpretación de los conmemorativos suministrados por el enfermo, a saber: la cautela y la prudencia. ¡Cuántas veces los pacientes, queriendo interpretar el dolor que experimentan, lo refieren al riñón cuando