

UN NUEVO CASO DE ONFALOCELE EN EL RECIEN NACIDO

Voy a ocupar vuestra atención con unas ligeras observaciones para llenar mi turno reglamentario.

Presenté a esta respetable Academia hace tiempo un caso inólito del onfalocele del recién nacido que operé con éxito, acabado de nacer, debido en buena parte a la oportunidad con que me lo remitió mi sentido e inolvidable maestro, el tan modesto como competente clínico, el doctor don Gregorio Mendizábal, acabado de desaparecer de entre nosotros. Mandándomelo con toda urgencia, apreciando y aquilatando la gravedad de la afección para ser operado al punto. Era un niño a término, robusto, que tuve la satisfacción de presentaros ya sano, curado, a los cuantos días.

Haciendo "pendant" con él, hace muy poco tuve un nuevo caso, pero con resultado fatal, que es el que vengo a referiros, no habiendo concurrido las mismas favorables circunstancias, sino al contrario, las más nefastas. Fué traída de las cercanías de Texcoco, a las 15 horas del nacimiento, una niña prematuramente nacida, como al rededor del 80. mes, con peso de 2 kilos, con onfalocele reventado, dando lugar a una eventración tan grande, que la masa intestinal llegaba hasta la axila derecha, recubierta de natas purulentas verdosas y contenidas en pañales sucísimos, que traían hasta semillas de chile.

Como el pulso no anduviera del todo mal y pareciera que cabía alguna resistencia, me di prisa a intervenir bajo ligerísima anestesia general. Ayudado por la señorita enfermera Mercedes Escontría. Reduje no sin cierta dificultad la eventración, previo lavado con suero glucosado tibio, y suturé, fundamentalmente con hilo de plata, los bordes avivados canalizando con crines. Desgraciadamente a las pocas horas se declaró la peritonitis con fuertes vómitos que llegaron a porráceos, y se fué agotando paulatinamente, no obstante los tónicos empleados, hasta morir a las 9 horas de operada. Esta criatura se llamaba Guadalupe Francisca Mejía y el anterior Rafael Granados, a quien por cierto acabo de ver después de 7 años, comprobando que del ombligo está muy bien, pero en cambio lleva una doble ectopia testicular, que me propongo operar con el excelente procedimiento de Ombredanne.

En ambos casos se trataba del exonfalo, la hernia intrafunicular de Richet, por distensión del canal del mismo nombre. La apla-

sia sobrevino en la época fetal, pues ya formado el celoma, había peritoneo libre.

El asunto tiene interés particular por cuanto a que demuestra la importancia de la intervención oportuna que puede salvar una vida; y por otra parte los peligros fatales al no tomar una determinación de este género. Así, un exomfalo en el campo, en las pequeñas poblaciones, requiere de parte del médico tratante, si lo hay, una resolución de urgencia, comprendiendo este caso entre los que debe dominar un médico práctico, semejante a una hernia estrangulada, una apendicitis aguda, una obstrucción intestinal, una operación cesárea, una traqueotomía, un trépano del mastoide, etc. Lo insólito del caso en cuestión exige para su vulgarización el conocimiento de los datos fundamentales por medio de la prensa médica. Me refiero, por supuesto, a médicos-cirujanos de verdad, con estudios y prácticas suficientes en escuelas serias, y no a la multitud de aficionados, nacionales y extranjeros, que en nuestro país no sólo son tolerados, sino equiparados a los médicos de verdad, a que me dirijo solamente.

Estos casos podrán dar lugar a una discusión general fructífera sobre lo que vale la oportunidad operatoria, frente a los peligros de la expectación, para la buena cirugía, oportunidad en que intervienen no sólo los cirujanos propiamente dichos, estos es, los médicos que se dedican con especialidad a estos ramos de nuestras actividades en la actualidad, sino aún a los médicos propiamente dichos, exclusivamente dedicados a afecciones internas de tratamiento no quirúrgico, que ven frecuentemente estos casos y que deben asociarse oportunamente al cirujano. ¡En cuántos casos de la mayor importancia su actuación es de tal naturaleza que de su resolución de poner en tiempo a estos enfermos en manos del cirujano, depende la vida de los enfermos!

Por desgracia, hasta los grandes maestros fueron muchas veces renuentes a confesar el predominio de la Cirugía en determinadas circunstancias, y, creyendo que sus medios podrían aún ser útiles y tener probabilidades de salvar una vida, vieron cómo se les escapaba cuando pudo muy bien haber sido salvada por una intervención oportuna. Recuerdo que este límite de las actividades del médico propiamente dicho requiere naturalmente competencia suficiente para estar al tanto de esos límites y de los adelantos médicos y quirúrgicos.

Sacrificando por otra parte el orgullo profesional, que no debía desde luego intervenir, claro está, pero que interviene.

Entre los médicos de gran prestigio que a mí en lo personal me ha tocado tratar y que han sido fieles a estos deberes de ética profesional predicándolos con el ejemplo, me complazco en recordar a dos ilustres maestros, uno recientemente y en edad proyecta, el respetable doctor don Gregorio Mendizábal, el otro brillantísimo erudito, de singular atractivo, el doctor don Rafael Martínez Freg, quien llamaba con singular acierto al cirujano, apreciando, aún mejor que muchos especializados en estos achaques, la indicación y oportunidad de una intervención, y, repito, siendo solamente internista, pero eso sí, peritísimo, diciendo: "Estamos en los límites de mi jurisdicción, a usted, cirujano, le corresponde continuar la atención de este paciente, con sus armas y bagaje quirúrgico." Entre los modernos, entre otros, trato también al doctor don Luis Garduño Soto, de un criterio tan amplio como el de aquellos ilustres desaparecidos.

¡Qué grandes, qué inteligentes y concienzudos se ven médicos como éstos, cuyo orgullo no los cegó jamás, para conservar sujeto a tratamientos médicos, higiénicos o de expectación su paciente, por más ricos que fueren en sus recursos, con una fé atrasada exclusivamente de la medicina, cuando el campo de la cirugía se ha ido extendiendo con invasión del antiguo vastísimo campo médico; así la apendicitis, tan vulgar hoy día, de la que un gran médico por cierto, el eminente maestro francés Dieulafoy, que escribió con un talento didáctico genial, genial aun entre aquellos grandes profesores tan bien dotados por la naturaleza para transmitir sus conocimientos, y quien decía enaltecándose a sí mismo, con su claro juicio y exacta justicia: "No hay tratamiento médico de la apendicitis", y esto hace ya cerca de 40 años, así como aquélla otra sentencia coaligada, cuya comprobación los años nos han enseñado: "No hay tiflitis sin apendicitis". Así mismo, se imponen el diagnóstico oportuno y la intervención operatoria en el niño, de la típica invaginación intestinal, la osteomielitis, la mastoiditis supurada, la hernia estrangulada y tantas otras afecciones, y en la edad adulta el quiste del ovario de pedículo torcido, el embarazo extra-uterino, etc., etc.

Los inéxitos muchas veces enseñan más que los éxitos. Ya de mí sé decir que los inéxitos me impresionan de tal manera que los medito detenidamente, los analizo desmenuzándolos en mi memoria y consideración, y sujeto a minuciosa ponderación cada una de las circunstancias que intervienen y a las que pudiera atribuirse relación de causa a efecto, y como es natural, así acrecienta uno su prác-

tica y experiencia personal para lo que no basta con lo que oímos de los maestros o leemos en los libros. Cuanto más cuanto he sido después de un inéxito, cuando aún lejanamente pensé que pude evitarlo. Así va uno en la vida profesional seleccionando sus procedimientos y mejorando su técnica.

Ya en los grandes centros médicos estas verdades se van imponiendo, pero en las pequeñeces y aún en las medianas, y en ocasiones hasta aquí mismo, se ven hechos absurdos y desatinados.

Se puede argüir que también los cirujanos cometen torpezas, ignorando hechos y omitiendo exploraciones y análisis, que comprometen la vida de un paciente, su actuación en el trabajo, o que, a lo menos lo pueden hacer sufrir más de lo que debiera ser; todo ello es verdad y el cirujano debe documentarse médicamente de manera suficiente, según los adelantos del laboratorio y de la terapéutica médica, con una exploración general metódica tranquila y suficiente, y aún algunas veces, cuando cabe, estudiando más el caso clínico, y al haber indicación, ensayando de hacer intervenir el tratamiento médico.

Pero que esto sea verdad, no quita que también lo sea lo asentado de que los médicos frecuentemente descuidan el conocimiento de la oportunidad operatoria, considerándose antagónicos con los cirujanos, debiendo confesar que su papel ha terminado y que se impone la dirección de un cirujano en determinado caso. No confiando demasiado en sus medios solamente médicos, y teniendo que saber que no hay que esperar a que el caso sea desesperado para entregarlo al cirujano; sino al contrario, cuando todavía hay energías, cuando la toxemia, la intoxicación es mínima o cuando menos menor cuando la lesión está más circunscrita, o no llega a la supuración. En el período que se llama a frío que en lo general es tan favorable a diferencia a operar o a hacer operar en plena infección.

También es verdad que casos que se juzgaban de indiscutible tratamiento quirúrgico, hoy se sujetan a otros medios: el radio o los rayos X, o a la influencia de los sueros y vacunas que bastan.

Algún joven médico mexicano leyó un trabajo en uno de los últimos congresos panamericanos, en que acusaba a los médicos de acá de estar atrasados respecto de los médicos de otros países, que sí ya no discuten la necesidad de la intervención del cirujano en determinadas condiciones. Yo pienso que no hay tal, que en todas partes existen estas fricciones y la literatura médica a este respecto es muy elocuente; así es clásico lo acontecido con el gran político

francés Gambetta, que no fué operado oportunamente por resistencia de los médicos, y señaladísimos médicos, y no obstante el diagnóstico exacto y la indicación operatoria de urgencia, sostenidos con tezon por el cirujano Lannelongue.

Volviendo a los casos de estudio, en el uno las circunstancias fueron excepcionalmente favorables, en el otro al contrario, concurren los desfavorables de tal manera, que sólo se intervino porque suelen verse casos tan anómalos que conviene intentarlo todo cuando casi es desesperado. Al intervenir no agravamos la situación; sin intervenir nos hubiera quedado el resquemor de que quizá hubiéramos podido salvar una vida. Como es de suponerse, contando con la voluntad decidida de las personas de la familia, advertidas de antemano de la gravedad del paciente, casi totalmente perdido y sólo por intentar una probabilidad remotísima. Obrando por otra parte con toda discreción, abreviando los tiempos operatorios, sin festinación, para evitar prolongar la anestesia y la consiguiente intoxicación química, consecutiva, con la provocación subsiguiente de insuficiencias hepáticas, el choque quirúrgico haciéndolo mínimo, y además acortando la hemorragia con los cuidados pre y postoperatorios más nimios. Quizá sorprendiendo este caso sin ruptura como el anterior, se hubiera salvado otra vida, por más que las condiciones generales eran infinitamente inferiores y por consiguiente las probabilidades favorables muy menores.

Para terminar, y como algo que ilustra cualquier discusión al respecto, transcribo la siguiente estadística que en el capítulo de peligro de expectación, trae Burgess de Manchester, a propósito de la apendicitis y que hace contraste con las viejas reglas establecidas a este respecto:

Intervenciones a menos de 24 horas después de la crisis,	de	3.03%
"	de 24 a 48	" " " " " " 3.08%
"	al tercer día	" " " " " " 6.2 %
"	al cuarto "	" " " " " " 9.09%
"	al quinto "	" " " " " " 19.05%
"	al sexto "	" " " " " " 23.08%

Quiero por fin, hacer votos porque constantemente se forme en sus indicaciones aquella respetable trinidad garantizadora del beneficio del paciente, formada por el cirujano, el médico y el laboratorio, "la feliz simbiosis" de Lefebre.

México, 27 de abril de 1932.

Miguel R. Soberón.

COMENTARIOS

Dr. Alfonso Pruneda.—Este trabajo es de aquellos que se prestan a varias consideraciones y que trata asuntos muy interesantes para la práctica médica y a los que quiero referirme: desde luego el autor ha tenido la sinceridad de venir a confesar que tuvo un fracaso, cuyas causas desde luego nos hemos explicado eximiéndole de responsabilidad, pero no es frecuente que se hagan estas confesiones y al oírla recordé una de las lecciones del doctor Miguel Jiménez, en el Hospital “Juárez”, en la que el maestro dijo que enseñaban más los fracasos que los éxitos, es una frase textual y opino lo mismo, que siempre que hay un fracaso y se estudian sus causas y las circunstancias que pudieron haberlo evitado se aprende muchísimo. Recuerdo también a don Jesús Valenzuela, un médico mexicano cuya memoria todos conservan y que siempre llevaba a la Sociedad de Medicina Interna, una memoria sobre los fracasos que había tenido en el año y recuerdo una memoria sobre sus fracasos con la morfina, presentando como quince observaciones, con una tranquilidad y una serenidad que todos admiraron. El segundo punto del trabajo, en cuestión, es más complejo, presenta el problema de las relaciones del médico y del cirujano y del cirujano y el médico; porque los internistas tienen la responsabilidad de entregar el enfermo al cirujano, es decir, que se necesita no ser sólo internista, sino saber, también, el momento en que debe entregarse el enfermo a otras manos y creo que el hecho de que muchas veces por amor propio no se verifique esta entrega, en el momento indicado, resulta perjudicial para el enfermo; después viene el segundo problema, del cirujano al internista y a este respecto juzgo que los que me escuchan estarán de acuerdo con una frase del doctor Malda: “Ningún cirujano puede aspirar justamente a este nombre, si no es antes un internista”, y agregaré que si consideramos a los grandes cirujanos que hemos tenido en México, veremos que esto es cierto, porque se requiere esa afición de investigar, ese afán de estudiar y de observar del internista, para emprender con éxito la cirugía. El cirujano tiene en verdad más campo de acción, entonces, que el internista y a este propósito, recuerdo lo que dijo el maestro don Ramón Icaza, que muchas veces es más grande el cirujano que no opera y deja a un lado su prestigio, ante el público, y hace lo que tiene que hacer, renunciando a operar al cliente o esperando el tiempo adecuado. Estimo que el trabajo del doctor Soberón, por la sinceridad que revela y por el estilo en que está escrito, es de muchísimo mérito y lo felicito, cordialmente.

Dr. Francisco de P. Miranda.—La cuestión que se ha tocado de la colaboración entre el internista y el cirujano, es muy importante y por más que ha sido tratada muchas veces, siempre hay lugar a volverla a considerar, porque, constantemente, se ven nuevos ejemplos de la clase de colaboración que debe existir; por ejemplo, tratándose del bocio exoftálmico, la experiencia de los cirujanos modernos es, en la mayor parte de ellos, de que la mortalidad, en esta operación, ha desaparecido casi, desde que los cirujanos se asocian a los internistas. El tratamiento pre y post-operatorio del bocio exoftálmico, con las lecturas repetidas del metabolismo basal para esperar el momento oportuno, para la intervención, ha decidido el éxito casi en el 100% de operaciones de bocio. En este caso precisamente, se ve que entregar oportunamente, no es entregar lo más pronto posible, sino saber esperar, hasta que el enfermo se haya mejorado de los síndromos que le aquejan, hasta que la operación sea oportuna. Afirmino que esta palabra se toma erróneamente, como lo más pronto posible y que lo más oportuno no es lo más pronto y hasta puede ser lo más tarde, como muchas veces sucede; lo que debe buscarse es el momento mejor y el momento mejor podrá ser lo más pronto posible o podrá ser después y lo mismo que sucede con esta enfermedad, ocurre con otras muchas; otro ejemplo, un diabético no podría operarse sin antes ser sometido a un tratamiento pre-operatorio dirigido por un médico que lo póngase en estado de ser operado, en las mejores condiciones posibles; el no querer esperar en muchos casos, es lo que frecuentemente, lleva al fracaso y lo que se ha dicho del tratamiento pre-operatorio, puede decirse del post-operatorio y el enfermo debe estar muchas veces, en manos del internista y no del cirujano, por ejemplo la oportunidad de una operación de próstata depende del estado del riñón y es necesario, en muchos casos, remediar la azotemia en que está el enfermo, de manera que cada vez se hace más necesaria la asociación del internista con el cirujano. Hay sin embargo, la opinión a que alude el doctor Pruneda, los cirujanos no se desprenden siempre del enfermo y se disponen a ceder su puesto, porque afirman que el cirujano, digno de tal nombre, debe ser un internista, es decir, que se basta no sólo para atender a la parte quirúrgica, sino también a la otra. Afirmino que es raro que un médico invada los terrenos del cirujano, a lo cual ni siquiera se atreve, pero es extraordinariamente frecuente que los cirujanos invadan el terreno de un internista y se crean capaces de dirigir un tratamiento pre o post-operatorio médico; claro está

que hay casos de pequeña cirugía que el internista sí se cree capaz de hacer: abrir un absceso por ejemplo, y de allí no pasan las habilidades quirúrgicas de un internista, en cambio el cirujano si se cree autorizado para manejar la insulina, para manejar un tratamiento de yodo en caso de bocio, etc. En parte, pues, me parece que en mayor número de casos están los cirujanos de no acudir al internista que los internistas de no acudir al cirujano, o cuando menos podrían repartirse las responsabilidades por igual; actualmente, estamos en una época en que nadie puede dominar la totalidad de la medicina, ni siquiera la mitad, estamos en una época de especialidades y es grande la responsabilidad de no acudir al especialista, no sólo al internista, sino al especialista, en determinada rama de la medicina interna; el éxito así se logra, muchas veces inesperadamente, y recuerdo, al respecto, una frase de un cirujano que recibió en su servicio a un joven médico: se trataba de un caso de absceso hepático abierto en los bronquios y el joven médico, en aquella época, no muy reciente, dijo que por qué no se ponía un tratamiento por emetina; ya el cirujano se disponía a operar y por el consejo del joven médico se decidió a posponer la intervención y hacer el tratamiento, con lo que el enfermo se alivió y el cirujano tuvo la franqueza de decirle al joven: "Si no ha sido por usted, el enfermo probablemente se habría muerto". Repito, yo estoy en favor de la asociación de internistas y cirujanos y creo que si se recurriera con más frecuencia a ella, habría mayor número de éxitos.

Dr. Eliseo Ramírez.—A medida que va pasando el tiempo y que se va progresando en los distintos ramos de la medicina, se va circunscribiendo cada vez más, el campo de acción de los médicos; hubo una época en la que ni habría podido hacerse una distinción completa entre los médicos y los cirujanos, tal vez no hasta llegar al cuento que refería Castillo Nájera, de que en China, había una división tan marcada entre los médicos internistas y los cirujanos, que un chinito recibió una herida por una flecha, fué a ver a un cirujano que le cortó la parte de flecha que tenía fuera y lo mandó con un internista para que le sacara la que tenía dentro. A medida que se va ampliando el campo, se necesita profundizar más y más y la división no es ya porque un individuo sea cirujano o médico, sino por la naturaleza de los padecimientos que conoce, pero yo no creo que haya en la actualidad un ginecólogo que conozca el aparato genital de la mujer y sus relaciones directas o indirectas y diga al quitarle un quiste del ovario: "Esto es cosa mía, porque soy cirujano

ginecólogo; pero el quitarle los dolores de la menstruación es cuestión del internista"; entonces ese cirujano no es ginecólogo, porque el verdadero ginecólogo debe conocer la ginecología en sus dos aspectos y no decir: "Usted tiene una dismenorrea que le ocasiona hemorragia y dolor, la hemorragia se la voy a quitar yo y el doctor X, que es ginecólogo, se encargará del dolor". No me imagino un especialista en enfermedades del estómago que diga: "Yo como gastrólogo sé hacer una gastroenteroanastomosis, pero como gastrólogo cirujano, no sé curar una hiperclorhidria"; si es gastrólogo tiene que saber curar las dos cosas. Yo quisiera saber qué persona en México podría dedicarse a la ginecología médica, que fuera un ginecólogo-médico; la ginecología es, en un gran porcentaje, del resorte de la cirugía y al cirujano compete conocer el aspecto médico del aparato genital femenino, como a un gastrólogo compete hacer las operaciones del estómago y necesita conocer la fisiología de ese órgano. Un cirujano oculista es a la vez un internista de ojos, de suerte que resultaría curioso que el cirujano oculista dijera: "Yo le quito a usted la catarata, pero vaya usted a ver a mi compañero fulano que le va a poner un colirio." Yo creo que los oculistas hacen tratamientos medicamentosos y operan y saben tratar con el cuchillo y con las píldoras; si conocen las enfermedades de ojos deben saber todo lo que se relaciona con ojos y lo mismo hacer una receta que una intervención quirúrgica. Lo que sucede es que hay una amplitud tan grande que lo mismo se ve a un enfermo de una cosa que de otra. Un individuo porque es internista va a conocer los padecimientos médicos del estómago y del riñón? No, se necesita ser un especialista: a medida pues, que progresa la ciencia, la división sólo queda por considerar, en el campo de la traumatología: "Yo sé operar a este individuo que tiene una lesión de la rodilla, pero necesito que me lo preparen." Muy bien, mas que un gastrólogo para poder hacer una operación tenga que ver a un internista que le prepare al enfermo, ya es absurdo.

Dr. Miguel R. Soberón.—Agradezco mucho sus conceptos a los señores que se han ocupado de mi trabajo; desde luego el doctor Pruneda se penetró muy bien de las ideas que traté de expresar. Por lo que hace a la cuestión de oportunidad operatoria, creo como el doctor Miranda que la oportunidad no es la violencia de una intervención, sino la intervención en el tiempo y el lugar oportuno, ésto tiene aplicaciones especiales, por ejemplo, en obstetricia, donde hay dos géneros de parteros, los jóvenes con vicio de operar en todo trance y que

intervienen antes de tiempo perjudicando a la enferma y los médicos tocólogos que dejan demasiado a la naturaleza y esperan hasta que ya es tarde para salvar una vida; la oportunidad operatoria está en el término medio, ni en la precipitación del primero, ni en la demora del segundo, debe operarse cuando las energías de la naturaleza son insuficientes y se necesita la intervención del arte. Por lo que hace a lo dicho por el doctor Ramírez, estoy de acuerdo en que un especialista debe conocer enteramente su rama, pero también el cirujano necesita las luces del especialista para que la unión del médico venga a completar al cirujano haciendo un concurso feliz, más el laboratorio; la suma de estos elementos realiza el conjunto de las mejores condiciones para el bien del paciente.

RESUME

Après un succès chirurgical, obtenu par le Dr. Soberón, dans un cas d'Onphalocèle opéré brillamment, sur un nouveau-né qui lui avait été opportunément envoyé par le Dr. Gregorio Mendizábal, il présente maintenant à l'Académie, un second cas qui a été suivi de mort.

On lui a apporté de Texcoco, quinze heures après sa naissance, une petite fille venue au huitième mois, atteinte d'une Onphalocèle qui donnait lieu à une grave éventration, avec les intestins recouverts de substances purulentes, et qui était enveloppée dans des langes tellement sales qu'on y trouvait même des graines de piment.

Après avoir décrit l'opération, le Dr. Soberón signale l'importance des interventions opportunes, en vue des dangers de l'attente, et la nécessité de ce que l'interne ait recours au chirurgien dans les cas nécessaires; l'auteur fait mention des noms de médecins mexicains et étrangers qui, par leur conduite et leur science, corroborent ce qu'il vient de dire.

Il justifie son intervention, dans ce cas, en fait remarquer que l'opération n'aggravait en rien la situation et aurait pu sauver une vie; il signale la nécessité, dans des cas semblables, d'agir avec discrétion, de compter sur le consentement de la famille, et de raccourcir le temps de l'opération pour éviter le danger d'une longue anesthésie et du choc chirurgical. Finalement, il transcrit la statistique que Burgess, de Manchester, dans le chapitre des "Dangers de l'attente" a présenté au sujet de l'appendicite.

SUMMARY

After a surgical success obtained by Dr. Soberón, in a case of omphalocele, which he operated on a new-born baby sent to him in time by Dr. Gregorio Mendizábal, he presents now to the Academy, a second case in which the patient died.

A young baby, born at the eighth month, was sent to him from Texcoco, fifteen hours after her birth; she was attacked with omphalocele, with a serious embowelling, with the intestines covered with purulent substance, and she was clothed with diapers so dirty, that even some pigment seeds were found in them.

After describing the operation. Dr. Soberón calls the attention on the importance

of opportune intervention, in view of the dangers of waiting, and on the necessity that the attendant have recourse to the surgeon in necessary cases; the author mentions the name some Mexican and foreign physicians who, by their conduct and their science, confirm what he has stated.

He justifies his intervention in this case, and calls the attention to the fact that the operation did not aggravate the situation and might have saved a life; he mentions the necessity, in similar cases, of acting with discretion, securing first the assent of the family, and of shortening the length of the operation in order to avoid the danger of a long anaesthesia and of the surgical shock. Finally, he mentions the statistic that Burgess, of Manchester, presented in the chapter "Dangers of Waiting", relative to appendicitis.



UN TUMOR CANCEROSO DEL CUELLO, DE ORIGEN EMBRIONARIO

Con el nombre de embriomas se conocen en histología patológica, tumores desarrollados a expensas de órganos y tejidos de origen embrionario que han quedado alojados en el organismo, en sitios diversos y variables de un individuo a otro.

Ewing en su obra "Neoplastic diseases" clasifica los tumores mencionados, que también se llaman teratomas, en los tres grupos siguientes:

a).—Teratomas derivados de células sexuales aberrantes, encontrados generalmente en las llamadas glándulas genitales.

b).—Teratomas extra-genitales de los que muchos se aproximan en su desarrollo al de un feto parasitario, y que pueden derivar de blastómeras separadas de las hojas embriogénicas ya bien constituidas, o de brotes tempranos de dichas hojas embriogénicas.

c).—Teratoides derivados de células de distintas regiones orgánicas y constituyendo formaciones embrionarias anormales por su sitio y su estructura histológica, ya que carecen de representantes típicos en la época del desarrollo. Estos últimos están comunmente asociados a defectos de formación del organismo, en los sitios de los cuales proceden.

En esta última variedad cabe incluir a los llamados tumores de tejidos múltiples de origen embrionario, que pueden encontrarse en regiones diversas del cuerpo humano, especialmente en los riñones, testículo, ovario, glándula mamaria, parótida, piso de la boca, región del cuello, piel, etc.

Muchas son las teorías que se han emitido para explicar estas neoformaciones anómalas, recordando entre las que han sido propuestas, la de inclusión por diplogenesis de Lemery, la teoría partenoge-