

## Cáncer del peritoneo \*

Por el Dr. ROSENDO AMOR E.

El peritoneo del vientre, con los órganos que contiene y protege cubriéndolos parcial o totalmente, forma en el conjunto un centro de acontecimientos fisio-patológicos muy interesantes. La serosa se deja invadir fácilmente por las neoplasias que le son propias en su carácter de primarias y secundariamente por las de cualquier otro lugar del organismo. Toda la potencia defensiva que le conocemos al peritoneo frente a las infecciones, se pierde casi ante las invasiones neoplásicas, convirtiéndose en lugar predestinado para implantaciones tumorales graves, pues no sólo carece de capacidad destructiva o citolítica para esta clase de células, sino al contrario, protege su vitalidad, comportándose como magnífico medio de cultivo ante las células y grupos celulares, que al deslizarse sobre la superficie de la serosa son presa fácil que sus facultades adhesivas fijan, nutren y ponen en condiciones favorables de crecimiento y diseminación, y que una vez iniciada progresa fatalmente. Estas condiciones de pobreza defensiva del peritoneo ante los tejidos neoplásicos imponen al cirujano una modalidad especial de asepsia en la técnica quirúrgica, idéntica a la asepsia propiamente dicha, para evitar posibilidades de nuevas y más numerosas siembras. El complejo patogénico tumoral, en su aspecto particularmente endócrino, y las dificultades clínicas propias en el estudio e investigación de estos casos, explica por qué en Clínica y en Cirugía no faltan hallazgos y sorpresas insospechados de esta entidad patológica que tiene por campo de desarrollo el conjunto abdómino-peritoneal, a donde convergen actualmente fuertes y variadas tendencias, desde el punto de vista del cáncer experimental.

La formación de tumores secundarios metastásicos, es propiedad reveladora y significativa de alto índice de malignidad. La metástasis peritoneal es la fase inicial de una rápida propagación, mayor que en cualquier otro tejido y, cualquiera también que sea el origen y la distancia en que se encuentra el órgano productor, la metástasis peritoneal injertada sobre la serosa parietal o pélvica, reproduce la forma histológica de origen, permanece locali-

(\*) Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 6 abril de 1938.

zada en su principio, pero como su tendencia al crecimiento es continuo, llega pronto a ser excesivo y en determinado momento, reblandece su cápsula o membrana de cubierta, se adelgaza y rompe, haciendo irrupción las células y hasta pequeños fragmentos de tumor a la cavidad; se han encontrado pequeños fragmentos tumorales libres, flotando en la cavidad abdominal, mecanismo que explica la manera de injertarse repitiéndose de esta manera las siembras de manera indefinida. De igual modo los linfáticos y los vasos venosos, repletos de celdillas cancerosas, sufren la ruptura de sus paredes y vacían su contenido en la cavidad, en donde, por la acción misma de la gravedad, la lubricación de la serosa, su tendencia adhesiva y el peristaltismo facilitan la acción invasora, al producirse el mayor número de siembras en las porciones declives de la pelvis, sobre el recto, en el fondo del saco peritoneal de Douglas, trompas, ligamentos anchos, etc., pero en particular sobre el recto mismo y tejidos cercanos, en donde las lesiones adquieren su mayor extensión y profundidad, al crecer a expensas del tejido celular pélvico, nuevo centro y origen de futuras y muy severas contaminaciones, que rápida y fatalmente conducen a la carcinosis del peritoneo. Son numerosas las variedades anatómicas y por lo tanto las variedades clínicas de cáncer del peritoneo que hemos observado, unas con toda la apariencia de neoplasias primarias, por no coincidir con manifestaciones patológicas de aparato alguno; otras, seguramente secundarias, por coincidir con padecimientos francos y perturbaciones visibles de otros órganos o aparatos o bien por tener padecimientos cancerosos evidentes en órganos colocados cerca o lejos del punto peritoneal invadido. La mayor parte de las observaciones de cáncer peritoneal tienen la comprobación histológica y, en otros, circunstancias especiales que no faltan, nos han privado de estos elementos de diagnóstico tan valiosos. Lo mismo en cáncer primario o secundario que en los de origen lejano o cercano, hemos hecho observaciones que nos han revelado la presencia en unos casos de tumores llenos de consistencia variada, según la riqueza y predominancia de tejido fibroso; en otros, quísticos de quistes pequeños, medianos o grandes lóculos, y mixtos, gigantes, vegetantes, papilares, ulcerados, infiltraciones sin límites precisos y dentro de estas formas generales, cambios en tamaño, consistencia, aspecto topográfico, aspectos del líquido, color y consistencia de los quísticos, densidad, composición

química, citológica, etc.; pero todos ellos con fisonomía macroscópica inconfundible, sui-générís, que no permite errores al clínico habituado a estas observaciones o a un personal experto de anfiteatro. Por otra parte, el sitio conocido de antemano y lugares a donde se injertan algunas neoplasias, comúnmente secundarias, orientan demasiado, no sólo en el diagnóstico, sino en la variedad anatómica y hasta en el punto de origen, siendo por esto motivo de examen minucioso y más detallado el órgano o aparato de donde se presume provenga la metástasis, pues son frecuentes los casos en que no se revela clínicamente el punto de origen de un cáncer de vientre, como nos lo están enseñando continuamente las prácticas de autopsias. El diagrama de Thomas Cullen, tratándose del endometrioma, es una prueba evidente de lo que vengo sosteniendo acerca del sitio de origen de algunas de sus implantaciones. Infiltraciones del cuerpo de la matriz en su pared posterior, tabique rectovaginal al nivel del cuello uterino, ovario, serosa pélvica, cuerno uterino, porción externa de la trompa, porción externa del ligamento redondo, útero-ovárico, útero-sacro, sigmoides, ombligo y porción inferior del músculo recto anterior. Entre los tejidos lejanos que dan metástasis sobre el peritoneo parietal o pélvico, revestimiento seroso del ovario o parénquima del mismo, trompa, ligamentos, epiplón, mesenterio, intestinos, capas serosas de la vejiga, etc., están en primer lugar tres órganos fácilmente cancerizables: senos, testículos y tiroides. Sin que otros como el estómago, pulmón, riñón y próstata, hígado, vesícula biliar, etc., dejen de participar en las contaminaciones a distancia de la serosa peritoneal, por virtud de los sistemas linfático y venoso, que son las vías de comunicación habituales, sistemas canaliculares, cuya disposición es tan favorable a las transmigraciones celulares, que sorprende cómo no son más comunes, frecuentes y graves la cancerización del peritoneo y otras clases de invasiones a distancia, de lo que son realmente. Entre los órganos cercanos que contaminan al peritoneo están en primer lugar la matriz, el cuello y endometrio, que dan fuerte contingente sobre el triángulo vesical, recto, anexos e intestinos, alcanzando hasta el estómago, hígado, etc. Dentro de las condiciones normales de linfáticos y capilares venosos, el peligro de metástasis es grande; muchas de éstas pasan inadvertidas, atribuyéndose algunos casos fatales a otra clase de intercurencias o lesiones preexistentes, pues las neo-

plasias alteran ambos sistemas canaliculares en una extensión variable a partir del sitio de origen, dando lugar a nuevas y amplias formaciones de plexus y lagunas accesorias que aumentan considerablemente las posibilidades.

Los diversos grupos venosos que constituyen el sistema de la cava superior, o sean las venas de los miembros superiores, de la cabeza, de la cara, del cuello, del tórax y del raquis, comunican amplia y directamente o por intermediario de gruesos troncos venosos como el de la gran vena Azigos, con el sistema venoso general o sea el de la cava inferior, formando con sus diferentes afluentes de los miembros inferiores, abdomen y pelvis, o sean las venas de la mitad infra-diafragmática del cuerpo. Interesa a nuestro estudio el sistema venoso de la hipogástrica, iliaca interna, formada por numerosísimos ramales pélvicos en donde forma plexus y lagunas extensas formados por las venas extra-pélvicas, intra-parietales y pelvi-viscerales, que constituyen desde el punto de vista quirúrgico un serio peligro en la operación del cáncer, particularmente por las vesicales, hemorroidarias, medias, uterinas y vaginales; sin contar con las nuevas y anormales formaciones de plexus y lagunas venosas patológicas, que al prolongarse a los parametrios y al plexus de Santorini, vesicales a los lados y recto-vaginales hacia atrás, forman casi constantemente un verdadero cinturón venoso llamado plexus pelvi-vesical, cuya hemostasia constituye como he dicho el principal peligro de hemorragias post-operatorias. Por otra parte, tenemos el sistema de Retzius, que no es otra cosa que el conjunto de canales venosos que comunican ampliamente el sistema venoso general de la vena cava inferior, con el sistema porta, o sea el conjunto venoso visceral del vientre, aparte las comunicaciones de ambos sistemas por intermediario de las venas azigos sin tener en consideración multitud de comunicaciones anormales entre uno y otro sistema, como el de Hyertl, en que las venas ureterales se vacían directamente en la cólica izquierda, la vaginal y la uterina en la mesentérica, el sistema de Luschka, por el que la esplénica se vacía directamente por las venas del páncreas a las azigos, etc.; con lo que queda amplísimamente explicada una serie infinita de comunicaciones que permiten comprender las metástasis más extraordinarias en sitios los más lejanos del origen del tumor primitivo. Acerca de los linfáticos podemos decir otro tanto, con sólo recordar que al gran

canal torácico convergen todos los linfáticos viscerales del tronco y miembros, por intermediario de la cisterna de Recquet y directamente por este mismo canal y por la gran vena linfática que termina en la sub-clavia derecha, o dicho de otro modo, que el sistema linfático profundo visceral y el superficial están ampliamente comunicados.

Hemos observado formas clínicas y anatómicas de cánceres muy interesantes, casos excepcionales, poco frecuentes, raros, que merecen comentario aparte. Un carcinoma fungoso y de la cara anterior del cuello, ampliamente excavado en partes y vegetante en otras, infectado, sangrante, que produjo una forma generalizada de cáncer del peritoneo muy parecida a la forma miliar que se conoce con la denominación de carcinosis de Petrina, en el que la forma miliar era característica, pero que de ninguna manera se puede confundir con los casos de nosotros. En el seno el adeno-carcinoma-quístico, el simple adeno-carcinoma, el adeno y el fibro-adeno-sarcoma, adenoma papilar, scirrus, enfermedad de Paget, etc., de los cuales dos casos de adeno-carcinoma-quístico reprodujeron el tumor sobre el ovario, lugar de verdadera predisposición y nido a donde fácilmente convergen y prosperan las células neoplásicas que han nacido en la glándula mamaria. El tipo de esta metástasis pertenece a la serie Krukenberg, pero en los casos a que me refiero, no se presentó la invasión general, sino que el proceso quedó localizado exclusivamente al anexo, como lo comprobaron las preparaciones histológicas. En otros casos se han presentado paralelamente con los tumores del seno coincidencias sospechosas de hipertrofias hepáticas, probablemente neoplásicas, pero no comprobadas histológicamente en este órgano. En el testículo hemos observado casos de seminoma maligno, tumor Wolfiano, siendo comunes también las formas adeno y linfo-sarcomatosas, pudiendo relatar como uno de los casos más notables el de un joven sin antecedentes venéreos, a quien le comenzó a crecer el testículo derecho, con escurrimiento uretral que se prestó a muchos errores de interpretación, pues el mismo paciente y algunos de sus médicos lo trataron sin éxito como blenorragico y orquíptico; posteriormente los tratamientos fueron muy variados, como lo fueron también los diagnósticos (hidrocele, tuberculosis, orquitis blenorragica, etc.); le practicaron algunas punciones que fueron negativas y lo empeoraron, y fué ya en estas condiciones cuando tuvimos oportunidad

de intervenir. En este momento tenía un testículo grande, como del tamaño de un huevo de pípila, escroto lleno de una masa pesada, ligeramente lobulada, renitente, poco sensible, epidídimo sano, ausencia de líquido en la vaginal, cordón grueso con latidos arteriales, venas dilatadas, infarto apenas apreciable y sujeto bastante pálido. Pensamos que el diagnóstico estaba claro, decidiéndose la operación que estaba indicada: incisión amplia que partiendo de las bolsas seguían una dirección paralela a la ingle como si se tratara de descubrir el uréter. Se logró la extirpación del testículo y un abanico de tejido celular subperitoneal cruzado por multitud de hiletes delgados y de pequeños ganglios que nos encontramos, especialmente al cruzar los vasos ilíacos, lo que se imponía hacer por la naturaleza misma del tumor. Curó rápidamente por primera intención y después porque no tuvo dinero para radiarse, o porque encontrándose muy bien no lo creyó necesario a pesar de nuestros consejos, no se hicieron radiaciones posteriores. Unos diez meses después un ligero engrosamiento queloídico de la cicatriz nos dió la nota de alarma, juntamente con la presencia de un pequeño infarto en la cara lateral izquierda del tórax, cerca de la axila, un poco de fatiga y un pequeño foco de infarto pulmonar. Hice ver al Dr. Millán a este enfermo, quien creyó interesante mandar hacer una biopsia del ganglio axilar, en donde se encontró una metástasis que reproducía exactamente el tumor primitivo del testículo. El Dr. Madrazo en unas cuantas sesiones dió fin a estos focos, al grado de poder afirmar clínicamente que había sido esterilizado. Reanudó este joven sus ocupaciones y a los tres meses y medio o cuatro se presentaron con mucha rapidez metástasis ganglionares ilíacas y mesentéricas, en forma de gruesas masas a las que se les veía aumentar tan rápidamente que daban la impresión de crecer todos los días. Por segunda vez el Dr. Madrazo en unas cuantas sesiones borró por completo estas nuevas y enormes producciones. Poco tiempo después sufrió nuevos ataques en la pleura derecha con derrame sanguinolento, en el pulmón y en el riñón del mismo lado, con presencia de hematurias; en el estómago, a donde se sentía una gran masa; tuvo anuria durante varios días, fiebre, diarrea y vómitos, su capacidad gástrica era pequeña por el volumen del tumor, y era preciso alimentarlo con frecuencia y con pequeñas cantidades; propiamente la invasión no solamente era general en el peritoneo, sino que su extensión nos tenía positivamente

te desconsolados; pues bien, nuevamente se le sujetó al tratamiento acostumbrado de terapia penetrante y nueva sorpresa de aparente curación. Muy poco tiempo después sufrió un cuarto ataque sobre ambos riñones, que no pudo resistir, muriendo en plena anuria y en estado comatoso.

En el tiroides no hemos observado las formas sarcomatosas como causantes principales de las metástasis peritoneales; en cambio las hemos visto en el adenocarcinoma, directa y aisladamente sobre el hígado o conjuntas con otras lesiones peritoneales, que nos han parecido indiscutibles desde el punto de vista clínico, pero que no hemos podido, por circunstancias ajenas a nuestra voluntad, comprobarlas histológicamente, pues lo único que hemos podido lograr ha sido el examen del líquido ascítico extraído por la punción, francamente hemático, pero negativo citológicamente. No hemos encontrado tampoco casos concretos y precisos de intercambios neoplásicos de pulmón mediastino y pleuras hacia el vientre, como lo señala Sauerbruch en sus estadísticas refiriéndose a los sarcomas, linfosarcomas y variedades de Hodgkin, como las formas más peligrosas, muy explicables desde el punto de vista peritoneal, porque estas variedades de tumores son de los más propagables en cualquier sitio en que se les encuentre. El estómago, intestino, vesícula biliar, etc., dan metástasis sobre ovario y peritoneo en una proporción de 3% según Cullen, Semmelink y otros autores, y cuyos tipos principales los he venido señalando en lo que llamo series Krukenberg.

Las propagaciones derivadas del endometrio, me han parecido de los casos más comunes e interesantes que merecen por esto atención especial; solamente que en muchos casos pasan inadvertidas porque no tenemos mucha costumbre de pensar en esa trans migración celular del endometrio; a esta categoría pertenecen los quistes achocolatados de Sampson; de aquí el que todos los estados anatómicos en que sean comunes las fungosidades del endometrio y sus hiperplasias, deban ser indagados desde el punto de vista histológico, por medio de la biopsia hecha con la cucharilla, y teniendo muy presente lo que la experiencia de los demás y la propia nuestra nos ha enseñado, en relación con la contaminación más frecuente de algunos de los lugares más comúnmente elegidos por esta neoplasia, señalando en primer lugar el cuerpo mismo de la matriz, ovario, recto, sigmoides y ombligo. Acabo de ver una se-

fiara de Guanajuato que vino a curarse, según ella y por indicación de sus médicos, de una enorme y gigantesca hernia umbilical. El cuadro se complicaba por la gran cantidad de líquido contenido en la cavidad abdominal y por la tensión que no permitía tocar con facilidad las pequeñas tumoraciones implantadas en el interior y sobre los bordes del gran orificio del ombligo, muy dilatado, que permitió al derrame formar con el tiempo un gran lóculo, como si fuera un gran saco herniario, y en el que a pesar de su tamaño no fué ocupado ni antes ni después del vaciamiento del derrame por el epiplón o el intestino: no existía hernia propiamente hablando, las vísceras seguramente retraídas, estaban lejos aprisionadas por el proceso de fibrosis peritoneal en coraza, de que seguramente era víctima. Teniendo en cuenta que es sitio conocido el orificio del ombligo, se pensó tomar del endometrio con una pequeña cucharilla un poco de tejido para la biopsia, maniobra sencilla que nos permitió identificar completamente la naturaleza de estas neoplasias, lo que no se hubiera logrado sin la sospecha inspirada en los datos que acabo de consignar, y se hubiera hecho sencillamente el diagnóstico de un cáncer del peritoneo. Vaciado el vientre se pudo apreciar también grandes masas en ambos anexos, y muchas en derredor del ombligo; el dedo podía entrar con mucha facilidad y explorar a través de esa bolsa umbilical el revestimiento del peritoneo en las cercanías del ombligo. El derrame fué francamente hemático, rico en albúmina y no se encontraron células neoplásicas. La caquexia tan acentuada de la paciente y el valor globular y hemático tan bajos impidieron cualquier clase de tratamiento de fondo, recomendándosele el regreso a su domicilio, por no poder mejorar su situación. En nuestro servicio hospitalario y en nuestros enfermos particulares, encontramos apenas iniciada la búsqueda, varios casos de quistes hemáticos achocolatados de Sampson, que como ya dije son metástasis endometriales, comprendiendo muy bien que éstos pasen inadvertidos en su fase inicial asintomática por su pequeño o mediano volumen, y que por lo mismo sean frecuentes motivos de hallazgos operatorios; pero en cambio cuando se vuelven grandes o gigantes, deben ser identificados por todos los ginecólogos, y de hecho se han comenzado a identificar muchas formas multiloculares, quísticas y papilares. Las endometriosis y su estudio etiológico, clínico y anatómico ha sido hecho propiamente desde hace no menos de 40 años

por Backwith, Whitehouse, Cullen y Krukenberg, Norris y Edwing, y desde entonces lo mismo se ha hablado del reflujo de celdillas expulsadas del endometrio a través de las trompas, que de mecanismos más o menos ingeniosos de trasplantaciones endometriales, especialmente estudiadas por Norris, Edwing, Meyer y Guthrie. Entre nosotros hacen falta estudios de comprobación para nuestro medio, ya que no es discutible el intercambio de las células epiteliales del endometrio con la mayor parte de los aparatos y órganos abdominales o peritoneo, formas anatómicas que son diferentes, por otra parte seguramente, a la forma anatómica fundamental que inspira a este modestísimo trabajo.

En la hipertrofia del cuerpo uterino engrosado por repetidos ataques inflamatorios, es constante el crecimiento de las glándulas del endometrio, hasta producir en la mucosa alteraciones de hiperplasia que se han descrito como una entidad neoplásica, especialmente si coinciden con alteraciones más profundas de la misma mucosa, hasta alcanzar aspecto fuertemente granuloso o papilar; en este momento el aspecto es de un tejido blando, lardáceo y sangrante, lesiones que coinciden con el aumento de espesor del miometrio, hasta alcanzar 5 o más centímetros de espesor, debido a la multiplicación del tejido fibroso y glandular, en cuyas condiciones adquiere la matriz aspecto macroscópico de malignidad, o sea de un verdadero adenocarcinoma infiltrado. Estas hipertrofias las consideran Norris y Vogt fatalmente malignas, sobre todo en los sujetos que han alcanzado o se encuentran en plena menopausia, 40 a 60 años. El cuerpo uterino se ve grande, globuloso, sembrado de pequeños núcleos o tumoreitos que hacen saliente en la superficie peritoneal, y que presentan una coloración más pálida, marcadamente diferente de como es la coloración de la matriz. El aspecto de estos úteros se vuelve característico desde el punto de vista de la malignidad macroscópica si se le encuentra asociado, como lo está frecuentemente, con los crecimientos fibromatosos; relación frecuente que obliga al cirujano a modificar el antiguo concepto que se tenía de esos procesos, colocándose en un punto de vista que acerque más el pensamiento clínico a la verdad tumoral. En los casos de asociaciones hiperplasia endometrial-fibrosis, debe practicarse la biopsia, un golpe de cucharilla bien dado es suficiente, sin pérdida de tiempo. Nosotros la verificamos por sistema y hemos podido comprobar su justificación. Para evitar la posibilidad de siembras

y la diseminación de celdillas, posiblemente neoplásicas, complementamos nuestros tratamientos con algunas sesiones de terapia penetrante. Crecimientos uterinos de semejante naturaleza pueden dar lugar a contaminaciones peritoneales y ganglionares en el resto de la serosa; de aquí que hayamos modificado un poco la técnica en estas operaciones, no tomando con pinzas dentadas de Museux las gruesas matrices, sino con cualquier otro procedimiento que nos dé más seguridades desde el punto de vista de la trasplantación celular de elementos epiteliales del endometrio. Otro tumor gigante muy maligno que afortunadamente es poco frecuente, el fibroma quístico-multiloculado del que debiéramos conservar cuidadosamente en nuestros hospitales las magníficas piezas anatómicas que hemos extraído, al estilo de los tumores gigantes fibromatosos, quísticos multiloculados y malignos de la colección de Tomás Cullen, que se conservan para bien de la enseñanza en uno de los Museos Quirúrgicos de New York, y que como nuestra organización no nos lo permite aún, sufrimos por este motivo pérdidas positivamente irreparables. Actualmente estamos preparando para operar por el vientre uno de esos tumores gigantes malignos multiloculados, y que en buena parte ha sido ya expulsado por la vagina espontáneamente en forma de grandes masas gangrenadas, y una de ellas tan grande que fué preciso extirparla quirúrgicamente fraccionándola con bastantes dificultades, porque ocupaba a presión toda la vagina. Ya había producido gangrena de una parte de la pared posterior de la vejiga y de la uretra, por la continua presión que sobre esos tejidos ejerció durante varios días, masa tumoral que a la vez había producido reacción inflamatoria séptica e irritativa de la mucosa vaginal; que complicaba más la gravedad de este caso. Nos vimos obligados a proceder cautelosamente en dos sesiones, la primera por la vía vaginal, ya verificada y la segunda pendiente hasta que mejoren un poco sus condiciones generales y que se hará por el vientre dado el tamaño del tumor. Podríamos seguir describiendo más variantes de tumores malignos, entre otros los de tipo angiomatoso, al estilo de los casos coleccionados por Wright, y los carcinomas y fibrosarcomas supurados, intersticiales o submucosos, y que producen también propagación directa al peritoneo, pero no es necesario desde el punto de vista que venimos persiguiendo.

En el ovario hemos encontrado frecuentemente, como han encontrado todos los ginecólogos, el cistosarcoma, especialmente la

forma fibrocistossarcomatosa, gelatinosa y carcinomatosa de Krukenberg, tumor tan particularmente maligno, comúnmente bilateral, de apariencia mixomatosa, de grandes dimensiones, acompañado de ascitis abundante, fácilmente propagable, reincidente y que da metástasis lejanas al intestino, estómago, pleura, pulmón y a todo el sistema linfoglándular, lumbar y torácico, reproduciendo el carcinoma que autores como Glockner, Schlagenhauer, Romer, etc., consideran idéntico al carcinoma gástrico, por lo que se piensa que es un tumor secundario derivado de ahí. No hemos podido coleccionar casos de hipernefoma y foliculoma maligno en propagaciones peritoneales; en cambio, un caso verdaderamente especial de cistossarcoma mucoide, por su tamaño gigantesco y por las condiciones particulares que concurren en él. Fue un tumor que a pesar de su gran tamaño y de su malignidad, casi se esterilizó por las propias fuerzas de la Naturaleza. La extraordinaria compresión que ejercía sobre el diafragma, nos obligó a intervenir quirúrgicamente, con la noble intención de mejorarle, con los siguientes resultados: Incisión media exploradora, cuya parte central pasando por el lado izquierdo del ombligo, no permitió que descubriéramos ninguna porción del tumor, porque las adherencias del intestino delgado entre sí, y las paredes del vientre, eran de tal magnitud que hicieron irrealizable cualquier intento para abordar el tumor; pero pudimos observar que abajo del peritoneo y entre las asas intestinales, se hallaba una substancia de aspecto idéntico a la gelatina, de color amarillo, y de la misma consistencia que ésta; se prolongó la incisión hacia el epigastrio primero y hacia el pubis después, quedando una enorme incisión de pubis a epigastrio, encontrando en los nuevos tramos la misma situación de adherencias intestinales invencibles e idéntica distribución de la masa gelatinosa. El examen histológico de esta gelatina reveló substancia amorfa sin ninguna característica neoplásica. Cerramos el vientre, no se realizó el programa pensado, y a pesar de que creíamos perder pronto a esta enferma, sobrevivió a su gravedad más de dos meses, presentándonos la oportunidad de practicar personalmente la autopsia, reconcentrando nuestras investigaciones en las cavidades abdominal y torácica: se descubrió un enorme quiste multiloculado del ovario derecho que ocupaba casi las dos terceras partes de la cavidad abdominal; la cápsula que lo limitaba, gruesa y muy resistente, parecía muy rica en tejido conjuntivo, estaba formada por varios lóculos

grandes cuyo contenido era gelatinoso con grandes masas grumosas amarillentas y abundantes y de mayor consistencia. Al abrir la bolsa este líquido escapó en gran cantidad, a tal grado que no sólo se derramó del vientre a la mesa de autopsias, sino que escurrió hasta el piso en gran abundancia. Las masas intestinales se encontraban verdaderamente empacadas en esta gelatina; igualmente una capa entre el hígado y el diafragma; los senos costo-diafragmáticos y la base del pulmón con una débil capa de la misma substancia; el corazón enormemente hipertrofiado, la aorta muy dilatada, sembrada de granulaciones, pieza que interesó al Dr. Chávez, que casualmente llegaba al Anfiteatro en los momentos en que se verificaba este trabajo. Su interés era saber si esas granulaciones eran metástasis transportadas hasta la superficie de la aorta, pieza que juntamente con grandes pedazos de la bolsa del quiste, grumos y gelatina que rodeaba al hígado, pulmón y pleuras, se remitió al Dr. Martínez Báez para su estudio. El resultado de la investigación histológica que se hizo durante algunos meses, no revelaba en las primeras observaciones ningún tejido canceroso; se trataba de una masa acelular y amorfa, hasta que al fin en los cortes de última hora se logró descubrir por alguna preparación elementos celulares fibrosarcomatosos, llamando la atención que con un material tan abundante apenas se encontrara después de tantos cortes, unas cuantas celdillas que sirvieron para la clasificación, circunstancias que me permiten pensar en la posibilidad que ya se acepta de la esterilización tumoral por los propios esfuerzos de la Naturaleza, pero que seguramente deben intervenir condiciones muy particulares, posiblemente humorales o defensivas de cualquiera otra naturaleza en el organismo humano, y que no son muy comunes.

Como un contraste a algunos de los casos clínicos mencionados, debo referirme a la forma anatómica más interesante que he podido observar en el transcurso de varios años, y acerca de la cual no podré alcanzar las conclusiones que yo deseara, pues me he encontrado con la dificultad de obras especiales para consulta que me ilustren suficientemente, en ninguno de los tratados de que disponemos existen datos acerca de la particular presentación anatómica de este cáncer peritoneal. Las consultas hechas a varios médicos con esta dedicación, adolecen de la misma pobreza informativa mía, y no me pudieron orientar en ningún sentido. El Dr. Costero del Hospital General, me dice, después de haber oído la descripción clínica y ana-

tómica que hice de mis casos, que esto le recordaba a él unos cuatro o cinco casos cuyo aspecto anatómico coincidía en parte con la exposición que yo le acababa de hacer, y que en esos casos había confirmado se trataba de cáncer epitelial del peritoneo. He procurado escoger entre todas las observaciones que tengo de cáncer desde 1917 a la fecha, 21 casos, para confeccionar este trabajo, entendido que no incluyo aquí el primer caso que tuve la oportunidad de observar y que perteneció a uno de los Cursos de Clínica Quirúrgica de la Facultad, ni tampoco el segundo que fué un caso agudo muy interesante que consigno en otro lugar. De estos 21 casos 9 se refieren a la variedad anatómica que más ha llamado la atención por haberla comprobado histológicamente, por ser una forma rara y excepcional, y por no haberla encontrado en ninguna de las obras que he podido consultar. El Dr. Costero me indica que la Casa Rothacker de Berlín tiene la obra más importante que se conoce en la actualidad, y que se denomina "Anatomía Patológica e Histología", de Henkel y Lubarsch, que desgraciadamente no existe en México, por tener un costo elevadísimo. Otros 8 casos se refieren a una invasión general del peritoneo, seguramente secundaria y del tipo Krukenberg, y 4 primarios del ovario, gigantes, poco comunes, como el gelatinoso que se acaba de describir.

No se presentan manifestaciones clínicas al principio, como es natural suponerlo, y mucha ha de ser la experiencia y el juicio clínico del médico para valorizar los antecedentes, los exámenes del laboratorio y toda clase de observaciones que puedan aproximarle al diagnóstico; además, no corresponde el mayor número de veces el principio anatómico con el principio clínico, por lo que este grave padecimiento cuando comienza sorprende al individuo cuando menos en una aparente buena salud; sin embargo puede apreciarse desde este momento un conjunto de pequeños síntomas cuya rebeldía debe ya ser motivo de sospecha, dado que estos pequeños síntomas debieran desaparecer con cualquier tratamiento sencillo. Son estos algunos trastornos digestivos, anorexia y sed, molestias o dolores en el vientre bajo, atribuibles a causas ajenas al verdadero origen, unos cuantos décimos de temperatura, paresia intestinal o constipación, astenia, palidez, disminución inexplicable de peso, la amenorrea como síntoma precoz, etc.; conjunto de pequeñas manifestaciones sintomáticas que adquiere valor por la resistencia que ofrecen a toda clase de tratamientos. Aparecen des-

pués en el período de estado signos más visibles entre los que debe señalarse en primer lugar las modificaciones que sufre el vientre, pues los enfermos dicen con mucha frecuencia a su médico que su vientre está creciendo, que se ha ensanchado, que está colgándose muy suelto; el ombligo se salta, aumenta la constipación y el agotamiento, se presentan empujes inflamatorios dolorosos, verdaderas manifestaciones peritoníticas o de peritonismo localizadas, sensación de oleaje, flujo y reflujo del líquido contenido en la cavidad, sensación de constricción por el exceso de nueva formación del tejido conjuntivo, fiebre más o menos acentuada, sensación de aumento de peso y verdadero aumento cuando el derrame es muy abundante, presencia de circulación complementaria en el vientre y en los miembros inferiores, disuria, tenesmos, neuralgias irritativas y compresivas, edemas en los párpados y en los miembros inferiores y algunas veces hasta en la pared del vientre, piel en cáscara de naranja, perturbaciones respiratorias y circulatorias, enflaquecimiento rápido y progresivo, faz demacrada y pálida y con pigmentaciones (cápsulas suprarrenales), hipoglobulia, el valor globular descende adquiriendo en algunos casos el tipo de anemia perniciosa, hay hiperleucocitosis muy alta, coagulación retardada, sedimentación, algunas veces acidosis. Los estrechamientos uretrales que producen cierto estado de nefrosis y de autointoxicación son comunes, sin perjuicio de otras intoxicaciones sobre agudas, como en un caso en que las compresiones motivaron la gangrena de todo el colon transversal por obturación de las mesentéricas. Otras veces, las menos, se agrega a este cuadro obscuro y borroso y en apariencia nada significativo un ataque brusco e intenso caracterizado por síntomas ruidosos de gastro-enteritis aguda, con abundantes vómitos alimenticios, diarrea profusa, tenesmo con algo de moco o sangre, fuertes dolores de vientre bajo, etc. Nuestra segunda paciente afectada de paludismo crónico y de estenosis rectal, con el pretexto de una comida abundante, nutrida en vinos fuertes, le sobrevino este cuadro alarmantísimo que ella clasificaba de peritonitis. La fiebre se volvió continua y alta, lengua seca, sed viva, calosfríos, agotamiento, pulso acelerado, oía en la almohada sus propios latidos del corazón acelerados, se le ensanchó el vientre, le creció visiblemente en dos meses al grado de hacerse necesario la punción que dió salida a un líquido poco abundante, de color café aguado, francamente hemático, rico en

albúmina y aséptico. Como la dilatación gástrica y los dolores del vientre se volvieron intensos y la compresión del diafragma excesiva, con graves alteraciones del pulso como en las oclusiones intestinales, fué preciso operarla, encontrando al abrir el vientre, el mismo líquido que días antes se había extraído por punción. El estómago muy dilatado, igualmente lo estaba la primera porción del delgado, adelgazándose a medida que se apretaba el ciego, el que estaba moderadamente dilatado, muchas placas blanquizas sembradas en diversos lugares del intestino delgado y del peritoneo, parietal y pélvico, intestino grueso de menor diámetro del normal, recto muy duro, apreciablemente estrecho, en una extensión no menor de seis centímetros; paredes gruesas, fuerte infiltración conjuntiva atrás y a los lados, sólidamente fijo al cuello uterino y al sacro, formando un block de dureza leñosa, los mesos y el epiplón retraídos, este último reducido a una pequeña lengüeta de unos ocho centímetros en su diámetro vertical, nada extensible, sin ganglios apreciables; no se encontró en ninguna parte del intestino obstáculo alguno que explicara los síntomas de oclusión, que no fuera el recto ya mencionado. Se le practicó histerectomía total para romper el block pélvico y facilitar algo la salida de las materias fecales. Se terminó como es común, aprovechando la oportunidad de la anestesia para hacer una dilatación rectal a conciencia, se dejó sonda a permanencia. Su post-operatorio fué muy feliz, al mes se levantaba muy mejorada a excepción de sus dolores y la fiebre que no le había desaparecido, marchándose a su domicilio. El examen de la pieza practicado por el finado y malogrado compañero Manuel Pallares, fué de epiteloma cérvico-uterino, con fibrosis excesiva de defensa. Continué viendo a la enferma durante varios meses después con la pena de que muchos de sus síntomas molestos como los vómitos, la fiebre y el dolor, no sólo no habían desaparecido, sino que se exacerbaban; el derrame se había reproducido extraordinariamente; la estenosis había progresado. Fueron necesarias nuevas punciones y dilataciones rectales y, al cabo de unos cinco o seis meses de alternativa de mejoramiento y gravedad, fué alcanzando un grave estado de caquexia que terminó con su vida. No fué posible hacerle autopsia.

Las lesiones se inician probablemente en el recto, pues en todos los casos se notan más avanzadas en ese sitio coincidiendo con estenosis en grados variables y que llegan a producir verdaderas

oclusiones. El estrechamiento tiene tendencias a comprender una larga porción del recto de 6 a 8 centímetros, mucosa sana al principio y en el período de estado, y enteramente patológica al fin, con exulceraciones y ulceraciones propiamente dichas, según el tiempo que haya transcurrido, existiendo además, abundante escurrimiento purulento. La característica de estas lesiones, en un período avanzado sobre todo, es la extrema dureza del recto, y por lo mismo, el aumento de espesor de sus paredes; estos rectos dan la impresión cuando se palpan dentro de la pelvis durante las operaciones, de un cilindro de material muy consistente y duro. Además se producen nuevas formaciones de tejido conjuntivo atrás y sobre los lados, proceso de fibrosis que se propaga al útero, con especialidad al cuello y parametrios, sube hasta la vejiga, dando la impresión de un enorme plastrón pélvico inmóvil y duro, como si se tratara de una asociación cáncer pelviperitonitis y pelvicultitis y el paracolpos, produciéndose una infiltración difusa, y cierto endurecimiento de los fondos vaginales y de la pared posterior de la vejiga que invitan a pensar incuestionablemente en un cáncer vagino-cervicouterino, que de hecho se ha comprobado en muchas de nuestras especiales observaciones. Naturalmente que es un proceso apropiado para compresión de los plexos nerviosos sacro y lumbar, y de sus ramas aisladamente, que convierte este proceso en una entidad patológica característicamente dolorosa, o con variados estados neurálgicos y síndromes disfuncionales, que casi siempre dan lugar a metropatías hemorrágicas. Por otra parte, hay perturbaciones urinarias y compresiones ureterales, que se explican sobradamente por los fenómenos de retención urinaria debidas al ahogamiento y estenosis muy acentuado del conjunto periureteral y parametrial, o por estados inflamatorios vesicales concomitantes. Son invadidos igualmente por el tejido celular el sistema ligamentario, especialmente los útero sacros y los ligamentos anchos, así como el tejido celular pélvico que produce un grado más o menos avanzado de retracción en todo el sistema subperitoneal y hasta visceral de la cavidad pélvica, y hasta de la abdominal. El peritoneo se nota salpicado de manchas blanquecinas desde pequeñas hasta de 3 a 4 centímetros, de todas formas, encontrándose algunas que casi estrangulan la luz del intestino delgado o estrechan demasiado al grueso. El epiplón y los mesos, predilectamente el mesenterio, pueden ser igualmente infiltrados y

presentarse con el aspecto de masas gruesas, muy acortados en su longitud con placas, encogidos de tal manera de no ser posible la exteriorización de ellos, la del epiplón y de ambos intestinos, de que gozan normalmente por una movilidad extraordinaria, la que con este motivo se ha reducido considerablemente. En algunos casos de carcinosis más avanzada en que la esclerosis total del peritoneo, su cavidad y las vísceras contenidas ahí alcanzan proporciones inconcebibles de retracción y de cirrosis, dando la impresión de una esclerosis generalizada del vientre. Existe un derrame siempre proporcional a estas lesiones, hemático, abundante, que al ser vaciado tiene fuerte tendencia a la reproducción, existiendo además de parte del enfermo, una penosa sensación de constricción de su vientre, coincidiendo con la aparición o exacerbación de sus vómitos al grado de llegar a constituir la alimentación de esta paciente, un verdadero problema. La diarrea como las perturbaciones cardíacas, respiratorias y las más graves de las digestivas, son seguramente de origen caquéctico, porque son propias al final de su vida. En los casos más típicos el examen histológico de las placas y del tejido conjuntivo, ha comprobado la presencia de elementos epiteliales degenerados o de fibro-blastos de tipo sarcomatoso, como lo revela el informe adjunto, lamentando profundamente no haber traído otros cuyas series de preparaciones están totalmente concluídas, por las complicadas labores actuales de mi distinguido amigo el Dr. Martínez Báez, encargado de ellas, y que se refieren a los dos últimos casos, uno de los cuales demuestra, a juzgar por una de las preparaciones que le corresponden, una glándula intestinal degenerada también, que nos hace pensar, en ese caso exclusivamente, pudiera tratarse de algunos de la serie Krukenberg.

Me paso por alto la lectura de varias historias clínicas que han motivado este trabajo, porque son semejantes a excepción de unos cuantos casos cuyas descripciones sintéticas han quedado necesariamente incluídas en otros lugares, por lo que la descripción de una será suficiente para el propósito que tengo. Se trata de una paciente con padecimiento esencialmente ginecológico, en la que las primeras manifestaciones de su mal fueron muy vagas, sobresaliendo las perturbaciones digestivas, como anorexia y sed, formación anormal de gases y ruidos intestinales, algo de constipación, mal sabor de boca, mal aliento, cierto estado nauseoso, li-

geros dolores abdominales de predominancia hipogástrica, y cierto grado de anemia. Con alternativas de intensidad, estas perturbaciones digestivas se sostuvieron con extraordinaria rebeldía a cualquier tratamiento, hasta que surgieron otros síntomas como fiebre, diarrea y vómitos, ligero tenesmo, evacuaciones muco-purulentas, timpanismo gástrico, alguno que otro cólico de tipo intestinal, dolores lumbares muy intensos y anemia bastante acentuada, contrastando esto con la ausencia de alteraciones patológicas en otros aparatos. Nada importante en sus antecedentes personales que valga la pena consignar, a excepción de haber tenido normalmente cinco hijos vivos y siete abortos, entre dos y cinco meses, algunas irregularidades menstruales, siendo la principal, sobre todo a últimas fechas, menorragias que aumentaron considerablemente su estado anémico. Entre sus antecedentes hereditarios solamente nos cuenta que su padre murió, según supo, de un cáncer de la vejiga. Muchos años antes de la fecha en que esto pasaba, la paciente fué palúdica y reumática y con reacciones serológicas intensamente positivas, así como ulceraciones en la faringe, recto, ano y piel, que recuerda haber tenido y que le trataron específicamente, con cuyo tratamiento se aliviaba completamente de sus molestias, en particular del recto y de su reumatismo. En el momento en que fué estudiada esta señora, sus reacciones serológicas resultaron negativas, a pesar de haber sido convenientemente reactivada. La exploración ginecológica y del abdomen permiten apreciar zonas dolorosas en el vientre bajo y fosa ilíaca izquierda y dolores muy molestos, especialmente nocturnos, en las regiones lumbar y epigástrica; al mismo tiempo que era hostilizada por el timpanismo del estómago apareció derrame en el vientre que fué creciendo lentamente. El cuello uterino ancho, desgarrado, duro, con lobulaciones y granulaciones que correspondieron a lobulillos de Naboth, cuello hipersecretante y exulcerado, cuerpo uterino grande, globuloso, y con nódulos fibrosos, fondos de saco poco depresibles, empastamiento en el posterior y laterales, sensación de cordón grueso y doloroso en la cara vaginal posterior, duro, de límites imprecisos sobre sus lados, borrándose completamente hacia arriba, en la dirección de los parametrios. El tacto rectal nos enseñó que existía una estenosis larga, franqueable aún, con presencia de moco-pus al salir el dedo. Con anterioridad había sido vista y tratada por dos médicos distinguidos, de los cuales uno

opinaba que se trataba de una lesión específica, sifiloma del recto, y el otro, de un cáncer cérvico-uterino, como nosotros lo pensábamos también, solamente que en nuestro sentir esta grave lesión coexistía con infiltraciones evidentes de pelvi-celulitis y de peritonitis crónicas. Consideramos que debía operarse previa una preparación bismútica y yodurada y la verificación de una biopsia que nos aproximara más al diagnóstico. El tratamiento que duró varios meses no trajo ninguna mejoría; por el contrario, al seguir el padecimiento su rápida evolución empeoraron sus dolores, la fiebre se hizo continua, aumentó el derrame, y se acentuaron los fenómenos de estenosis rectal. Por las condiciones cada vez peores de la paciente y el resultado de la biopsia que fué positivo, se decidió para no perder tiempo, hacerle desde luego una pan-histerectomía y posteriormente el tratamiento de terapia profunda, pensando que por el solo hecho de desenclavar de la pelvis ese conjunto metro-escleroso y parametrial de la pelvis, se desahogaría bastante la luz del recto para mejorar su aflictiva situación, particularmente por lo que a los dolores se refería y después, con toda calma, la acción complementaria de los rayos Roentgen. Se le operó como cancerosa, encontrándose que al abrir el vientre salió abundantísimo derrame francamente hemático y en cantidad tal que superó en mucho a lo que se presumía. Cuando se hubo vaciado el vientre, la sorpresa aumentó, pues enormes huecos quedaron a la vista sobre los flancos y en la pelvis, con las vísceras encogidas como si fueran de cera, los intestinos no volvían a su lugar ni tenían tendencia a la exteriorización, ni siquiera bajo el esfuerzo; los intestinos muy disminuídos en su diámetro, pues el delgado alcanzaba casi el de un centímetro y el grueso como si fuera delgado. La porción baja descendente, la sigmoides y el recto, de paredes muy gruesas, no menores de unos tres y medio o cuatro centímetros, particularmente el recto, de dureza leñosa, imposible de plegar o de movilizar sus paredes e inmóvil, sólo la sigmoides permitía ligeros movimientos. La operación fué, como era muy natural, laboriosa y difícil, pero se concluyó la tarea del desenclavamiento uretral con toda la prudencia necesaria, apreciando con toda claridad una fuerte condensación del tejido sub-peritoneal pélvico y de los mesenterios, dando la impresión de esclerosis peritoneal total, porque participaban de ésta el tejido laxo de las vísceras de los flancos y de todo el abdomen, hasta en sus porciones más al-

tas, una verdadera coraza del vientre idéntica en su aspecto a lo que se ha descrito con el nombre de cáncer en coraza. Al participar la vejiga de este mismo proceso, su capacidad había disminuído como el intestino delgado, presentaba placas blanquizas y anillos de trecho que lo ahogaban, anillos y placas de aspecto blanco y opaco; propiamente no había ganglios infartados ni en el mesenterio ni en las regiones ilíacas, solamente ganglios de aspecto normal envueltos en una masa densa de tejido conjuntivo. El post-operatorio se hizo fácilmente y por primera intención, a excepción de cierto estado de irritación vesical que atribuimos al principio a la presencia durante varios días, de una sonda a permanencia, cistitis que si bien comenzó ligera, se volvió rebelde al grado de exigir una atención muy particular, por lo que nos dimos cuenta de que esa vejiga tenía todos los caracteres de una cistitis crónica, capacidad disminuída, paredes gruesas, mucosa muy alterada, con retención ureterales y algo de nefrosis. Tuvo, además, alternativas de diarrea, y constipación muy rebeldes que no dejaron de agotarla, ni se le quitaron jamás. Ya perfectamente cicatrizada fué conducida a su domicilio, en donde siguió teniendo importantes alternativas de salud y enfermedad. En esta forma pasó largos meses y en este plazo prolongado fué atendida por varios médicos, quienes opinaban se trataba de caquexia urinaria, un alto grado de intoxicación de la misma clase, insuficiencia grave hepática, caquexia luética, caquexia cancerosa, etc. y en ese estado murió nuestra paciente no exactamente víctima de una falta de comprensión diagnóstica, pues la biopsia verificada por el doctor Ulrich expresó terminantemente se trataba de un epiteloma del cuello, propagado a los parametrios, indicando vagamente que encontraba alguna participación probable de tuberculosis en ese proceso. No se pudo tomar una parte del peritoneo alto para su examen histológico, pero sí del tejido conjuntivo bajo, con el mismo resultado positivo. El Dr. Emilio Varela ayudó eficazmente al suscrito en esta lucha tan larga e inútil emprendida en provecho de esta paciente. En resumen: en este caso como en todos los similares se advierte un padecimiento poco frecuente, fatalmente grave, clínicamente borroso en su principio, eminentemente doloroso y febril, con existencia constante de ascitis abundante, con lesiones muy severas del recto y tejido celular pélvico, con lesiones constantes de placas intestinales en el peritoneo parietal, pélvico,

mesenterio y epiplón, con frecuentes manifestaciones de oclusión intestinal, con existencia constante de doble proceso canceroso, peritoneal y del tejido celular pélvico, con coexistencia frecuente de cáncer cérvico-uterino. ¿Se trata de un cáncer primario como es lo más probable, o de una forma secundaria poco conocida aún? ¿En este caso es de origen cercano o lejano? ¿Se tratará de una pequeña ulceración neoplásica del recto o de la forma gelatinosa del mismo? ¿Será una neoplasia injertada sobre una lesión sífilítica, como observamos tantos casos de asociación sífilis-cáncer en la lengua, cuello de la matriz, estómago, píloro, huesos? Consideraciones éstas que deben fijar la atención de todos los investigadores en el terreno del cáncer, y de los que vivimos una vida profesional de aplicación práctica utilizando todos los conocimientos clínicos y experimentales que día a día enriquecen más el campo de la cancerología.

---

**RESULTADO DEL EXAMEN HISTOPATOLOGICO DE ALGUNOS FRAGMENTOS DE TEJIDO TOMADO DE LA SEROSA PERITONEAL Y DE UNA PIEZA OPERADA (MATRIZ Y ANEXOS), PRACTICADO POR EL DR. M. MARTINEZ BAEZ.**

Señorita C. B.—Por indicación del Sr. Dr. D. Rosendo Amor.—Los fragmentos de las granulaciones del peritoneo fueron estudiadas mediante un examen rápido practicado durante la intervención. La estructura encontrada (tejido formado esencialmente por elementos conjuntivos fusiformes, largos, con caracteres citológicos y dispuestos en forma que hizo considerar que tales granulaciones eran de naturaleza sarcomatosa fusocelular) era uniforme en las varias piezas estudiadas. No se encontraron células con aspecto epitelial, ni con vacuolos.

De la pieza operada fueron examinados numerosos fragmentos tomados de los dos ovarios y de los ligamentos anchos, estos últimos muy modificados en su volumen, forma y consistencia. El examen macroscópico de la pieza indicaba desde luego que se trataba de un proceso neoplásico difuso.

La imagen histológica en las preparaciones hechas con la mayor parte de dichos fragmentos era, a corto aumento y a primera vista, la de un tumor de células conjuntivas, cuya disposición altamente irregular hacía pensar desde luego en una neoplasia verdadera. Alternando con zonas en las que los elementos celulares estaban estrechamente unidos entre sí, se veían otras zonas, en las cuales las células estaban repartidas flojamente, separadas entre sí por haces de colágeno, algunos vasos, varios elementos emigrantes, y todo ello disociado por infiltración de substancia coloide.

Un examen más atento y con aumento mayor revelaba la existencia predominante de dos tipos de elementos celulares: unos, seguramente de cepa fibroblástica, fusiformes a veces, irregulares otras, alternando con estrechos haces colágenos o soportados por fino armazón de reticulina y otros, muy distintos de los anteriores y aparentemente de cepa epitelial.

Estos últimos elementos tienen formas diversas, pues a veces son esferoidales mientras que otros son piriformes, ovalados o irregulares. Su tamaño es muy variable, pues que mientras que la mayor parte de ellos tiene aproximadamente unas 20-25 micras en su eje mayor, hay otras hasta cinco veces más voluminosos que éstos. Los elementos más pequeños de este tipo tienen un citoplasma escaso, denso, opaco, muy finamente granuloso, claramente basiófilos. El núcleo es redondeado u ovoide, a veces abollado, escaso en cromatina, la cual se encuentra en forma de granos finos, de volumen irregular, dispersos irregularmente en el interior del núcleo, y con un nucléolo extraordinariamente voluminoso, de forma generalmente esférica. Los elementos medianos de este tipo suelen tener dos o más núcleos estrechamente apretados entre sí, y su citoplasma es más abundante, aunque menos denso, que el de los elementos más pequeños. Finalmente, las células más voluminosas, ostentan un voluminoso vacuolo lleno de materia mucoide la cual rechaza al protoplasma dejándolo reducido a una delgada media luna, y al núcleo hasta la periferia de la célula. En tales casos el núcleo, además de su modificación en la forma, ha sufrido otras modificaciones, la más frecuente de las cuales es la pycnosis, reveladora de que el proceso que se efectúa en la célula y cuya manifestación más ostensible es la presencia de un vacuolo con contenido mucoide, afecta profundamente el metabolismo de tales células. Además de los citados hay otros elementos celulares en esta pieza, pero son de importancia menor puesto que se trata simplemente de células inflamatorias, que infiltran difusa y escasamente el tejido tumoral.

Se trata en este caso, por lo antes expresado, de un proceso neoplásico verdadero, en el cual existen 2 elementos celulares importantes que hay que tomar en consideración: uno, que parece ser el más importante, de naturaleza epitelial, que en su forma más evolucionada se presenta como "células en anillo de sello", y otro, que por su conjunto constituye el estroma de la neoplasia, pero en este caso particular tendría también un carácter neoplásico, ya que sería sarcomatoso. Tal estructura corresponde al proceso conocido con el nombre de tumor de Krukenberg, y que el autor de este nombre llamó "fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes", considerándolo, por lo tanto, como una variedad de sarcoma, pero que hoy es generalmente descrito como un cáncer primitivo del estómago, por regla general.

El caso en cuestión es interesante, ya que en él se marca muy particularmente el carácter sarcomatoso de la neoformación, no solamente por el aspecto histológico de varias zonas de la misma, sino por el hecho, más notable, de que la enferma presentaba numerosos nódulos metastásicos, los cuales no tenían elementos de aspecto epitelial con vacuolos llenos de ma-

teria mucoide, sino que estaban formados exclusivamente por elementos cuyos caracteres señalan como de sarcoma fibroblástico.

Los datos que se tengan acerca del aspecto que hayan presentado las vísceras abdominales, particularmente el tubo digestivo, y los de orden clínico permitirán saber si hubo invasión neoplásica del estómago, previa a la afección ovárica, o no.

## ELOGIOS ACADEMICOS

**El Dr. Ricardo É. Cicero \***

Por el Dr. EVERARDO LANDA

El Hospital de San Andrés fué cuna de eminentes médicos y maestros distinguidísimos. A fines del siglo XIX era donde los estudiantes recibían enseñanza clínica de medicina y cirugía, y de donde salimos portando un pliego precursor de esperanzas y escondite de no pocos desengaños, en el cual se nos comunicaba haber sido aprobados para ejercer la Medicina, después de un examen general ante cinco austeros y exigentes catedráticos; examen cuya importancia ha desaparecido por completo, para dar ocasión ahora a un acto escolar sin brillantez ninguna y sin el carácter de positiva ceremonia de consagración que revestía. En las salas del vetusto edificio colonial conocimos a Lavista, Carmona y Valle, Olvera, Gutiérrez Zavala, Carbajal, Bandera, Regino González, Martínez del Campo, Domínguez, Hurtado, ya desaparecidos, y vimos también a Terrés iniciar aquella feliz experiencia de clínica que más tarde le daría el merecido renombre de maestro y médico prominente en nuestra República. En aquellas salas del San Andrés, lóbregas, deterioradas, malolientes y casi siempre obscurecidas por el polvo amarillento que se desprendía de los ladrillos gastados por el tiempo, conocimos igualmente a un médico joven, de inteligente mirada, pasito apresurado, pulcro, estudioso y puntualísimo: **Ricardo Emiliano Cicero**, que pronto se distinguiría como uno de los primeros dermatólogos de México. Diariamente visitaba a sus enfermos de sífilis con ese peculiar empeño y acuciosidad con que los médicos de entonces acostumbraban explorar y prescribir a sus pacientes: porque

(\*) Leído en la sesión del 30 de mayo de 1938, en que fué descubierto el retrato del Dr. Cicero en la Sala de actos de la Academia.