

# Sociedad de Urología

(Sesión del 24 de noviembre)

HOSPITAL ESPAÑOL - SERVICIO DE UROLOGIA  
JEFE: DR. ARTURO SERANTES

---

## SARCOMA DEL RIÑON EN UN ADULTO

Por los Dres.

JOSE L. MONSERRAT y ALBERTO E. GARCIA

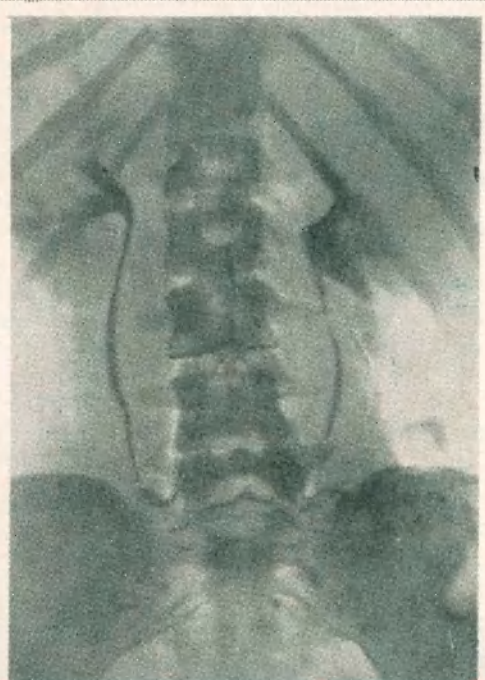
---

En 1869, **Virchow** decía no haber observado nunca un sarcoma primitivo del riñón y, a partir de entonces, comienzan las publicaciones, reuniendo **Neumann** la primera estadística, con la recopilación de 13 observaciones.

Las publicaciones se sucedieron y es así como **Albarran** e **Imbert**, en 1903 reúnen 186 casos, por lo cual se los llegó a considerar como una variedad histológica frecuente, dentro de los tumores renales. Si consideramos las estadísticas modernas, esta frecuencia ha disminuído tanto, que muchos autores, en lo que respecta al adulto, lo consideran inexistente.

Esta disminución tiene su lógica explicación, en el hecho de la disminución global de los sarcomas en general, debido a un mejor control histológico, y a que el grupo de los sarcomas, por mejores interpretaciones, ha ido desmembrándose.

Y si nos concretamos solamente al riñón, veremos la mayor parte de los hasta ahora etiquetados "sarcoma del riñón", englobados en el grupo de los tumores disembrionarios. (**Joseph Martin, Dechaume, Masson**, etc.). Por lo tanto, reducido el número global de los sarcomas y ubicados la mayor parte de estos, entre los disembrionarios, el número de tumores sarcomatosos puros del riñón, queda muy reducido



Para la  
radiografía  
de la  
pelvis renal  
cateteres  
y vejiga

# ABRODIL

M.R.

P O R V I A E N D O V E N O S A

No desprende yodo y carece de todo efecto secundario sobre las venas y el riñón. Preparación sencilla - Soluciones estables.

ABRODIL:

Solución al 40%: frasco de 50 cc.  
Substancia: frascos de 20 y 100 grs.

EN BREVE, en venta: PER ABRODIL en ampollas de 20 cc.  
1 amp. Per Abrodil alcanza para una radiografía.



LA QUIMICA "Bayer Meister Lucius" S. A., ALSINA 1644/52. Bs. AIRES

# URILITINA SERONO

(ANTES UROLITINA)

Diurético, antiúrico y desinfectante de las vías urinarias

(GRANULAR EFERVESCENTE)

Preparada en el "Instituto Massone"

**Fórmula:** Bicarbonato de litina, Salicilato de litina, Exametilentetramina, Bicarbonato de sodio, Acido cítrico, Yoduro de rubidio y Extracto seco de estrofantó.

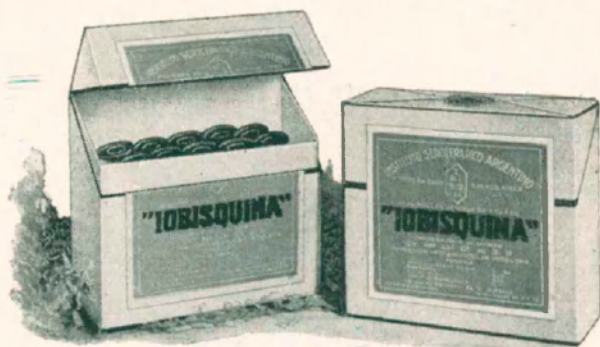
**Indicaciones:** Por las sales de litio y de rubidio, está indicada en el tratamiento de las formas artríticas y gotosas, en las arenillas, en el reumatismo y en la calculosis renal, actuando, por la hexametilentetramina, como óptimo antiséptico de las vías urinarias en todas las formas de cistitis y pielonefritis.

**Dosis:** Disolver el contenido de 3-4 cucharadas, usando la que acompaña al frasco, en un litro de agua pura, a beberse diariamente, sola o mezclada con vino o leche.

MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS  
QUE LAS SOLICITEN

Dirigirse a: HIJOS DE ATILIO MASSONE - Calle Córdoba 2088-92 - Bs. Aires  
Sucursal en CHILE: Calle San Antonio 437 - Cas. de Correo 3584 - SANTIAGO  
BRASIL: Ancona, López y Cía., Rua Boa Vista 3 - 3o. andar. — S. Pablo  
URUGUAY: F. Greco y Cía., Uruguay 1227 - 31 — Montevideo  
PARAGUAY: G. Peroni, Palma 28 — Asunción

## LOBISQUINA "ISA"



Suspensión oleosa de iodobismutato de quinina; muy tolerable  
y absolutamente indolora

0.20 etgrs. de sal por amp. de 2 cc. — Cajas de 10 amp. - jeringas

DOSIS EXPERIMENTALES A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS

**INSTITUTO SEROTERAPICO ARGENTINO**

Córdoba 2050

Buenos Aires



y antes de clasificar a una tumoración como tal, debe de ahondarse hasta la sutileza el estudio histológico.

**Kretschmer y Randolph**, reúnen en 1928, un escaso número de sarcomas verdaderos.

Por estos conceptos consideramos nuestra observación como interesante, tanto más, si confesamos que la clasifican adoptada, la consideramos provisoria, diríamos así, por cuanto nos hemos valido tan sólo de su aspecto morfológico, no habiendo podido precisar la célula matricial que nos permitiera una clasificación histogenética, siempre superior.

#### Historia clínica. —

No. de Orden, 1566. Nombre, F. A. Sala I, Cama 232. Edad, 56 años. Estado, casado. Profesión, carpintero. Nacionalidad, español. Entrada, 27 de julio de 1928. Salida, fallece el 14 de agosto.

**Antecedentes hereditarios.** — El padre falleció de una neumonía a los 55 años. La madre vive; tiene 81 años y no le conoce padecimiento alguno. Ha tenido 5 hermanos; dos fallecieron en la primera infancia, de escarlatina; los otros 3 viven y son sanos. La señora vive y es sana; no ha tenidos hijos, ni abortos.

**Antecedentes personales.** — Escarlatina en la infancia. Gripe intensa hace 4 años. Constipado crónico; mueve el vientre cada 2 ó 3 días, con ayuda de laxantes. No recuerda otra afección hasta iniciarse su enfermedad actual. Niega antecedentes sifilíticos. Gran fumador. No es bebedor.

**Antecedentes urinarios.** — Blenorragia a los 25 y 30 años, sin complicaciones de la cual aparentemente curó bien.

**Enfermedad actual.** — Refiere el enfermo que su afección comenzó hace aproximadamente 1 año, con sensación de peso, tironeamiento y opresión a nivel del hipocondrio derecho y región lumbar del mismo lado. En un principio no tenía dolores, pero notó desde el comienzo una astenia e inapetencia progresiva, así como fatiga e incapacidad para efectuar sus quehaceres diarios. Transcurrió así, aproximadamente, 8 meses, al cabo de los cuales comenzó a sentir dolores en la misma región, dolores espontáneos, irregulares en su aparición, intensidad y duración e irradiados casi siempre transversalmente, en forma de cinturón. Desde hace 3 meses, tuvo que abandonar el trabajo, debido a la intensificación de todos los síntomas anteriores, y más que nada por la astenia y la fatiga que lo obligaron a guardar

cama la mayor parte del día. Hace 2 días tuvo una hematuria que apareció con la primera micción de la mañana, después de haber permanecido en cama toda la noche, hematuria espontánea, total, indolora, con micción normal; solo interrumpida de tanto en tanto, por la emisión de algún coágulo. La hematuria continúa hasta hoy (3 días), aunque según el enfermo, más atenuada, por cuyo motivo concurre al consultorio externo de este servicio, donde se decide internarlo inmediatamente.

Ha disminuído aproximadamente 6 kgrs. de peso, durante toda la evolución de la enfermedad y ha perdido completamente el apetito.

**Estado actual.** — **Julio 29:** Sujeto en mal estado general. Escaso panículo adiposo. Buena contextura ósea. Buen desarrollo muscular.

**Piel.** — Seca, rugosa, de tinte pajizo, permitiendo pellizcarla con toda facilidad.

**Mucosas.** — Húmedas, de tinte pálido, exteriorizando una acentuada anemia.

**Cabeza.** — Nada de particular.

**Cuello.** — De conformación y motilidad normal, con relieves y depresiones anatómicos muy acentuados. No se palpan ganglios.

**Tórax.** — Aplanado, con marcada depresión de las fosas supra e infraclaviculares y de los espacios intercostales. Base del hemitorax derecho algo abombada, apreciándose a la inspección una menor expansión respiratoria. Respiración de tipo costal superior; frecuencia 26 respiraciones por minuto.

**Palpación.** — A la presión digital no se provoca dolor en ningún punto de ambos hemitórax. Buena excursión respiratoria de ambos vértices. Escasa expansión respiratoria y disminución de la elasticidad en la base derecha, hasta una altura de 4 traveses de dedo, aproximadamente, y algo aumentadas más arriba, en relación con el lado opuesto. Resto normal.

**Percusión.** — Matítez en la base derecha, que coincide con la zona de desaparición de las vibraciones vocales (4 traveses de dedo).

Matítez de límite superior, bien neto, casi horizontal, con su punto más alto a nivel de la línea axilar anedia, y que se modifica poco con los cambios del decúbito y con las inspiraciones profundas. Moderado skodismo subclavicular del mismo lado.

Base izquierda libre, excursiona bien. No se aprecian cambios de la sonoridad pulmonar del lado izquierdo.

**Auscultación.** — Lado derecho: Silencio respiratorio en la base. Por encima de la zona de silencio respiratorio, se ausculta un soplo expiratorio suave, agudo, reemplazado más arriba por una respiración pueril, vicariante. Escasos rales subrepitantes medianos, y gruesos, dispersos, sin foco. Auscultación de la voz: pectoriloquia afona en la base. Auscultación de la voz: nada de particular.

**Aparato circulatorio.** — El choque de la punta se ve y se palpa a nivel del 5o. espacio intercostal izquierdo, en la línea mamilar. Area

cardiovascular se percute normal. Segundo tono aórtico algo seco y timbrado. No se auscultan soplos.

Presión arterial (Pachon): Mx. 15; Mn. 8. Oscilaciones 612.

Pulso radial: Rítmico, tenso, igual. Frecuencia: 90 pulsaciones por minuto.

**Abdomen.** — A la inspección, se nota un abombamiento del hipocondrio derecho y flanco del mismo lado, con desviación del ombligo hacia la derecha, y circulación colateral de tipo cava inferior del lado derecho. En el hemiabdomen izquierdo, no se observa nada de particular.

**Palpación.** — A la palpación superficial se nota en el hipocondrio y flanco derecho, una manifiesta defensa muscular, que sobrepasa algo los límites internos de estas regiones, disminuyendo gradualmente hasta desaparecer en la línea media. En la fosa ilíaca derecha, la resistencia muscular es mucho menos intensa.

A la palpación más profunda se nota una tumoración que ocupa todo el hipocondrio y flanco derecho, dura, de superficie regular, dolorosa y cuyos bordes llegan a percibirse, a pesar de la resistencia muscular. Por arriba, la tumoración se pierde debajo de la parrilla costal, donde es imposible diferenciarla del borde inferior del hígado. Por adentro se extiende aproximadamente desde la extremidad anterior de la novena costilla, desde donde, describiendo una curva de convexidad interna, llega a dos traveses de dedo del ombligo, para de allí, acentuando la curva, llegar hasta cerca de la espina ilíaca. Por afuera y atrás se prolonga hacia la región lumbar derecha, que se palpa como empastada y muy dolorosa.

La tumoración se desplaza poco con los movimientos respiratorios, notándose sin embargo como si se hiciera más superficial en su parte inferior, con las respiraciones profundas. Los movimientos provocados por las maniobras manuales, son difíciles de investigar e interpretar por la reacción dolorosa que acusa el enfermo con cualquier manipulación algo brusca.

La tumoración es dolorosa a la palpación y a la presión digital se despierta dolor en el punto subcostal, ureteral mediano y, especialmente a nivel de la extremidad anterior de la 12a. costilla. Los puntos supra-ilíaco lateral e interespinoso, discretamente dolorosos. Por detrás, el punto costo-vertebral indoloro, en cambio el costo-muscular muy doloroso.

**Percusión.** — A la percusión se aprecia una matitez franca en toda la zona ocupada por la tumoración, que se confunde por arriba con la matitez hepática, siendo imposible precisar sus límites. Resto de abdomen normal. Traube libre.

**Riñón izquierdo.** — No se palpa ni pelotea. Sensibilidad de la región renal: normal.

**Aparato digestivo.** — Nada de particular. El enfermo no refiere

trastorno alguno gastrointestinal, salvo en constipación que data de muchos años atrás. No se palpan euerdas cólicas.

**Hígado.** — Borde superior imposible de diferenciar a la percusión de la matitez de la base pulmonar derecha. El borde inferior no se puede delimitar a la palpación ni percusión, por confundirse con la tumoración anteriormente referida.

**Bazo.** — No se palpa.

**Vejiga.** — No se observa ni palpa globo vesical. Sensibilidad normal.

**Resto del aparato génito-urinario.** — **Uretra:** Permeable, no hay estrechez.

**Cateterismo vesical.** — (Después de una micción con caracteres normales). Se extraen 25 cc. de orina limpia, debilmente hematórica con 2 pequeños coagulos.

**Pene, escoto, testículos, epididimos, etc.** — Nada de particular. Discreto varicocele del lado derecho, que ha pasado inadvertido para el enfermo, no pudiendo precisar la fecha de aparición.

**Región perineal.** — Nada de particular.

**Tacto rectal.** — Próstata de tamaño, consistencia y superficie normales. No se palpan vesículas heminales.

Eliminación a los 70': 74 oja sulfofenoltaleina (global).

Inyección emlovenosa de 0.006 grs. de colorante.

Colorimetría: Dubosq.

**Agosto 21.** → Indigo carmín: R. I.: A los 3' - R. D.: No elimina a los 10'.

**Agosto 8.** — Se practica un cateterismo de ambos uréteres con objeto de examinar las orinas por separado y comparar la eliminación de sulfofenoltaleina de cada riñón; pero el cateter derecho a los 30' no elimina nada, por lo cual se desiste de la prueba y se aprovecha la sonda para hacer una pielografía.

**Rayos X.** — **Agosto 4:** Informe No. 20.458. Radiografía de riñón derecho. Sombra renal derecha aumentada de tamaño y deformada (polo inferior). Tumor de riñón.

**Agosto 8.** — Informe No. 20.488. Pielografía derecha. Se inyectan 30 cc. de bromuro de sodio al 30 oja. En la pielografía se observa el caliz superior y parte del medio, ocupado por el bromuro de sodio. El caliz inferior no se ha rellenado (véase copias).

**Exámenes de laboratorio.** — **Orina:** Véase protocolo.

**Sangre:** Recuento globular y fórmula leucocitaria. Ex. 595.

(Agosto 20) Hematías: 3.350.000

Leucocitos: 8.000

Hemoglobina (Sahli): 50 oja.

Valor globular: 074

Relación globular: 1X 418

Polinucleares neutrófilos: 88 o/o  
Leucocitos: 11 o/o  
Mononucleares grandes: 1 o/o.

**Azotemia:**

Julio 29 - Azotemia: 0.485 o/o  
Agosto 14 - Azotemia: 0.453 o/o  
Agosto 21 - Azotemia: 0.425 o/o

**Operación.** — Agosto 14. Operador: Dr. Arturo Serantes. Ayudante: Dr. García. Anestesia general mixta. Lumbotomía derecha, tipo

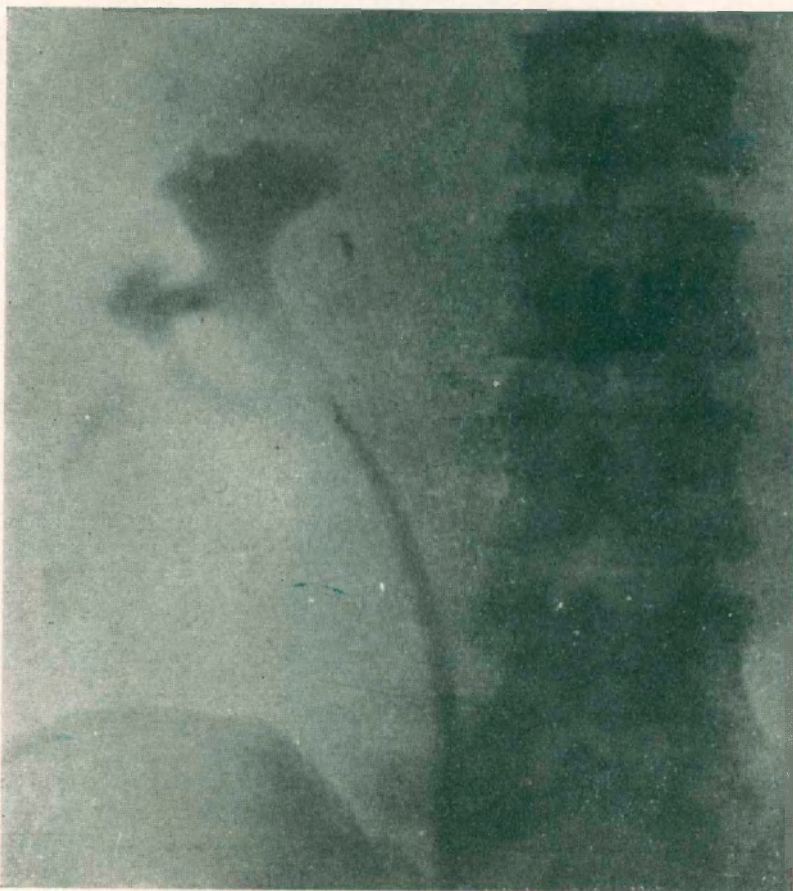


Figura 1

Israel. Seccionados los planos musculares, se encuentra la grasa perirrenal, surcada por gruesos vasos que se ligan antes de seccionarlos. Inmediatamente se cae sobre el riñón, que se presenta enormemente aumentado de tamaño, duro y regular. Se lo aísla con cierta facilidad de los tejidos que los rodean, respetando la cápsula, pero cuesta exteriorizarlo por su gran tamaño. Se aísla y se secciona ureter entre dos ligaduras. Se colocan 2 clamps en el hilio, que se secciona, con hemostasia perfecta. Se practica la ligadura del mismo con catgut



No. 3, sin inconvenientes. Se coloca un tubo de drenaje en la celda y se sutura pared por planos. Operación típica, sin accidentes.

**Post-operatorio.** — Al terminar el acto operatorio el enfermo está en malísimas condiciones. Se le administran cardiotónicos, suero glucosado, etc., pero no reacciona, y fallece a las 3 horas, en colapso.

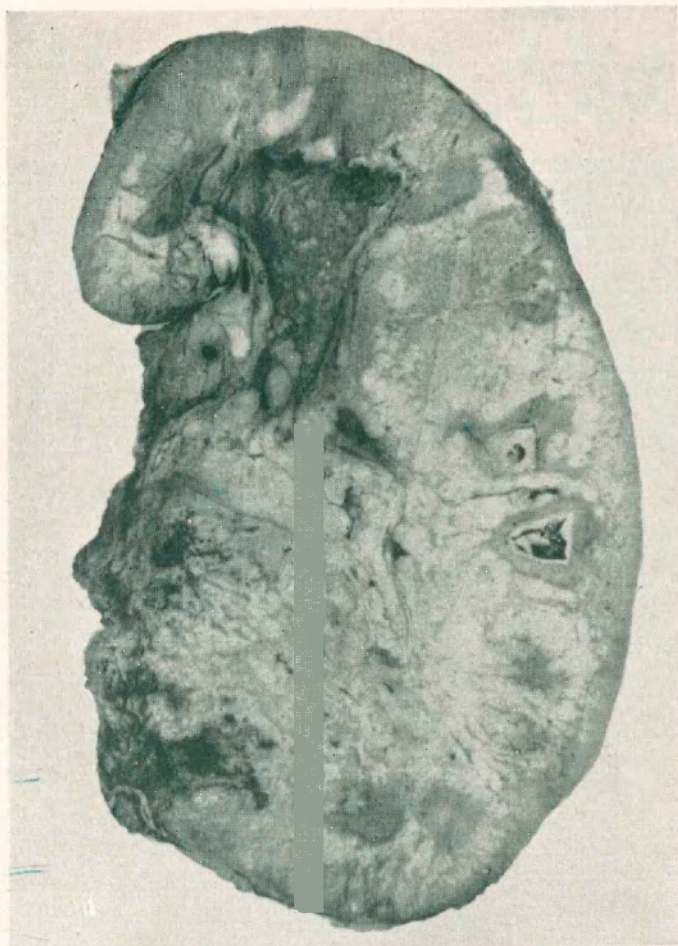


Figura 2 — Placa No. 715

Se observa como el tumor es compacto homogéneo, blanquecino e infiltrando al parénquima renal difusamente. Se observa bien la amputación del calíen inferior y parte del medio.

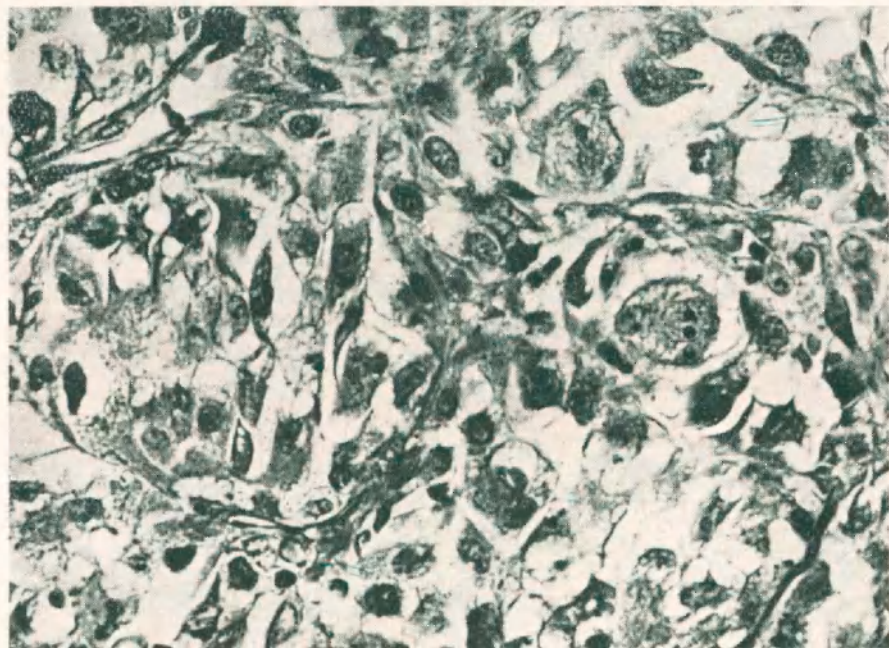
La máxima proliferación neoplásica tiene lugar en el polo inferior en donde se observan algunos focos hemorrágicos. El tumor se desliza por debajo de la mucosa piélica, originando un aspecto poliposo.

**Anatomía patológica.**—

**Descripción macroscópica.** — Riñón aumentado en todos sus diámetros, pero especialmente en el polo inferior, por lo cual, en conjunto tiene un aspecto piriforme. La superficie es lisa, y la consistencia muy firme. Un corte mediano, nos demuestra que la tumoración ocupa

las tres cuartas partes del riñón, respetando tan solo una pequeña porción del polo superior. El carácter del tumor lo da su tendencia infiltrante difusa, su coloración blanco mate con focos debido a zonas hemorrágicas. Este tumor es de consistencia blanda, elástica, aparentemente su foco más intenso, está a nivel de la región de la pelvis, viendo como ha amputado todo el caliz inferior y medio. Este predominio en la región pélvica ha determinado un estado poliposo de toda la mucosa pélvica.

**Técnica histológica.** — Inclusión en parafina y coloración con Hemalumbre - eritrosina: Van Gieson. Mallory; Tric. de Masson:



**Figura 3.** — Placa No. 708. — Hematoxilina - eritrosina

Tendencia a la formación alveolar, polimorfismo celular, células fusiformes, epitelioides y monstruosas

Río Hortega, sobre cortes de parafina. Variante A. Reacción para las grasas. Rojo Escarlata. Soudan III.

**Descripción histológica. F. No. 1724.**— La observación de conjunto nos muestra que el tumor está constituido por células cuyos caracteres varía ligeramente de una a otra zona, dando así un carácter polimorfo al tumor. En algunas zonas (fig. No. 3), vemos que el tumor lo constituyen grandes células de carácter epitelioides, algunas de ellas, pero, en general, es evidente la tendencia a adoptar un carácter fusiforme e independiente entre si, acentuándose en otras regiones (fig. No. 4), en donde si bien forman cavidades alveolares, éstas en realidad están constituidas por necrobiosis de las zonas centrales. Estudiado el tumor en las zonas de propagación, se constata



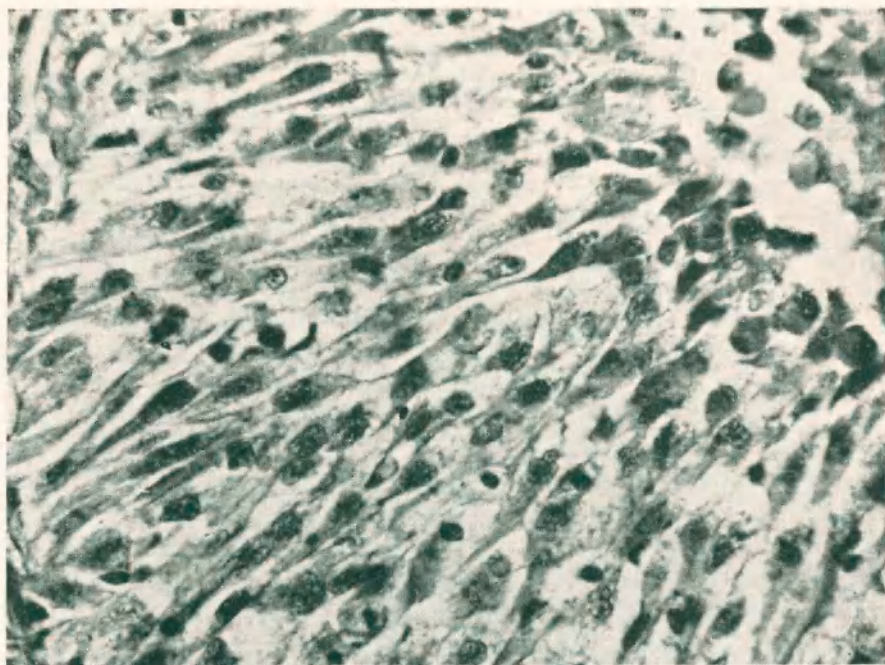


Figura 4. — Placa No. 716. — Hemalumbre - eritrosina.  
Una de las cavidades alveolares a gran aumento. Se observa la forma fusiforme de los elementos y la necrosis, origen de la cavidad, arriba y a la derecha

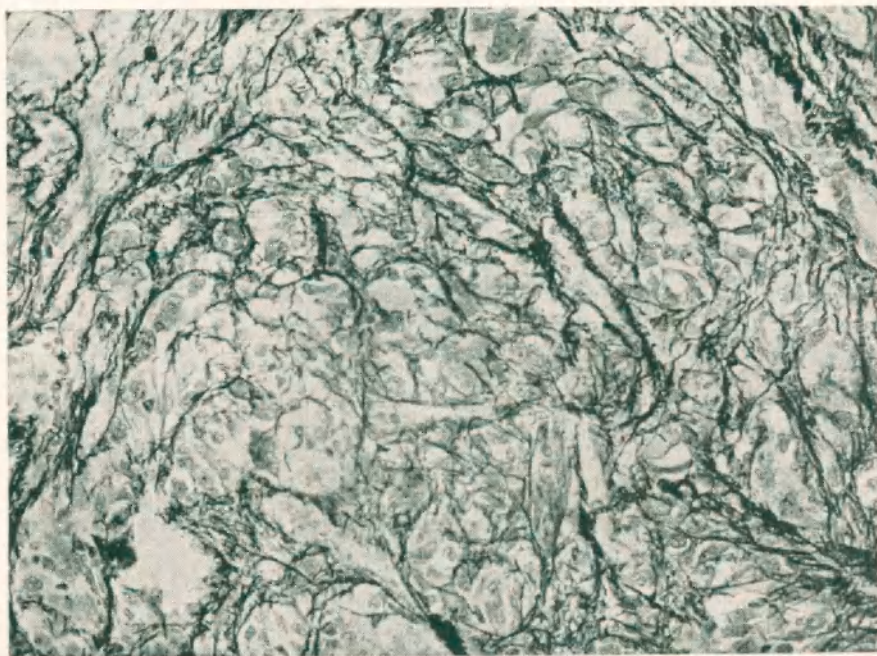


Figura 5. — Placa No. 714. — Impregnación argéntica  
Del Río Horteiga, sobre cortes de parafina  
El tejido colágeno de sostén del humor, prestando finas fibrillas que en algunas zonas separan a las células entre sí.



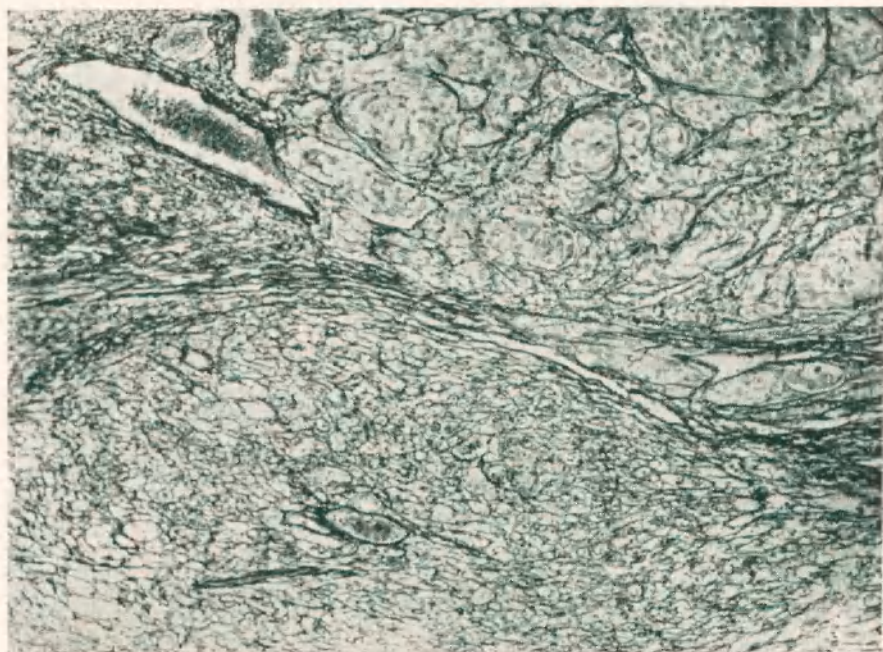


Figura 6. — Placa No. 713. — Impregnación argéntica  
Del Río Hortega, sobre cortes de parafina  
Tejido colágeno, arriba tendencia a la formación de alveolos; abajo  
separando a cada una de las células

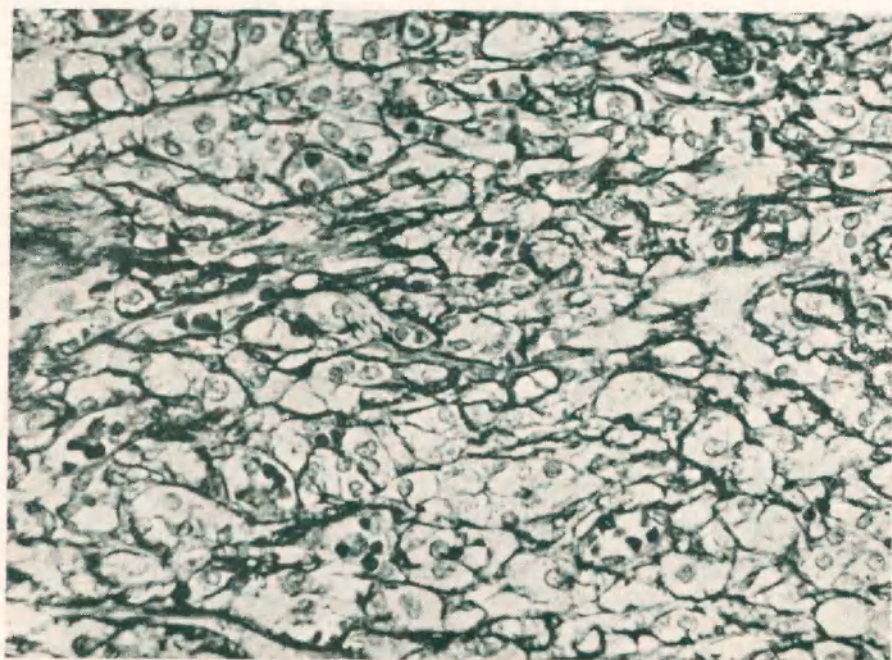


Figura 7. — Placa No. 712. — Impregnación argéntica  
Del Río Hortega, sobre cortes de parafina  
Zona inferior de la figura anterior; obsérvanse pequeñas células ne-  
tamente separadas por la red colágena

con mayor facilidad el carácter mesenquimático, predominando los elementos fusiformes, que separan a los tubos urinarios, englobándolos en su crecimiento, pero respetándolos. Existen zonas de pequeños elementos celulares, en donde las impregnaciones argénticas (fig. No. 6 y 7), muestran evidentemente que las células están separadas por el colágeno, mientras que, en cambio, no es tan evidente en otras regiones (fig. No. 5 y 6).

Las coloraciones para investigar grasas nos demostraron que ningún elemento celular neoplásico la presenta, viéndola tan sólo a nivel de los tubos renales vecinos al tumor.

### **Comentarios histo-patológicos.**—

La histología nos ha demostrado que estamos en presencia de un tumor difuso, infiltrante, compacto, del riñón, y que este tumor está caracterizado citológicamente por células fusiformes, unas veces, epitelioides otras, y, por células pequeñas indiferenciadas en algunas zonas.

Morfológicamente, trátase en general de células con apariencias de formar un tumor mesenquimático maligno, por sus caracteres de infiltración difusa, y el aspecto de las células.

Pero este tumor en muchas zonas, adopta una estructura organoide, presentándose como cavidades alveolares.

Las células son grandes a forma poliédrica, por compresiones recíprocas, dando así una imagen muy semejante a la de ciertos epitelomas renales de tipo endocrinoideo, acentuándose la semejanza por la presencia de una circulación abundante y hemorrágica a veces.

De estos dos aspectos morfológicos surge un interrogante, ¿es un tumor epitelial o mesenquimático? Las coloraciones de las grasas nos hicieron dudar de la naturaleza epitelial del tumor.

Sabido es que los tumores epiteliales del riñón, cualquiera sea la génesis que se les atribuya, están caracterizados por la presencia más o menos abundante de lipoides. En nuestros preparados, sólo los observamos, en los tubos renales vecinos al tumor, atribuibles a una degeneración grasa tubular, por trastornos mecánicos o tóxicos del tumor.

El estudio de la trama colágena también nos aportó



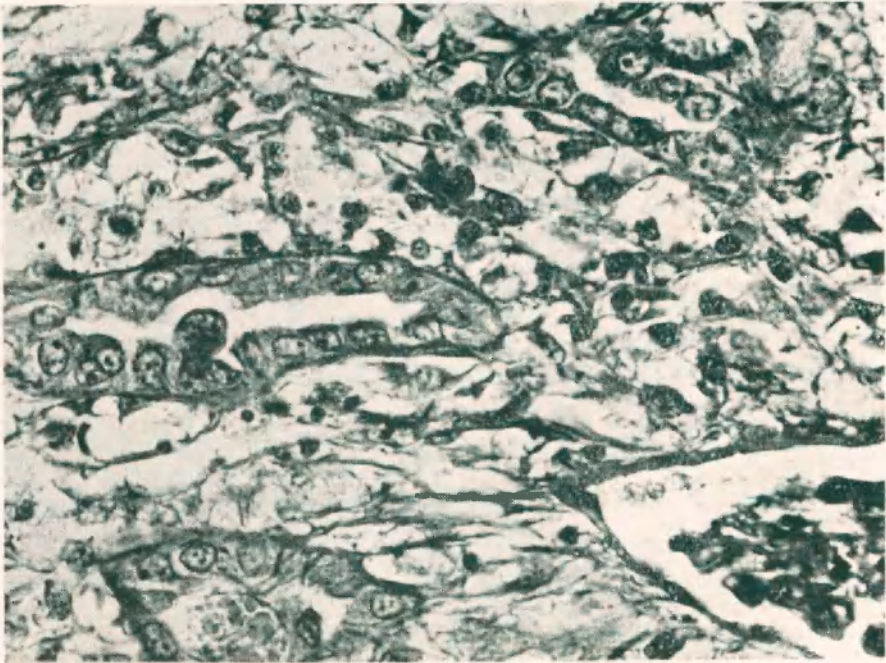


Figura 8. — Placa No. 719. — Tric. de Masson

Los tubos renales y los glomerulos disociados por la hiperproducción de un tejido a células pequeñas

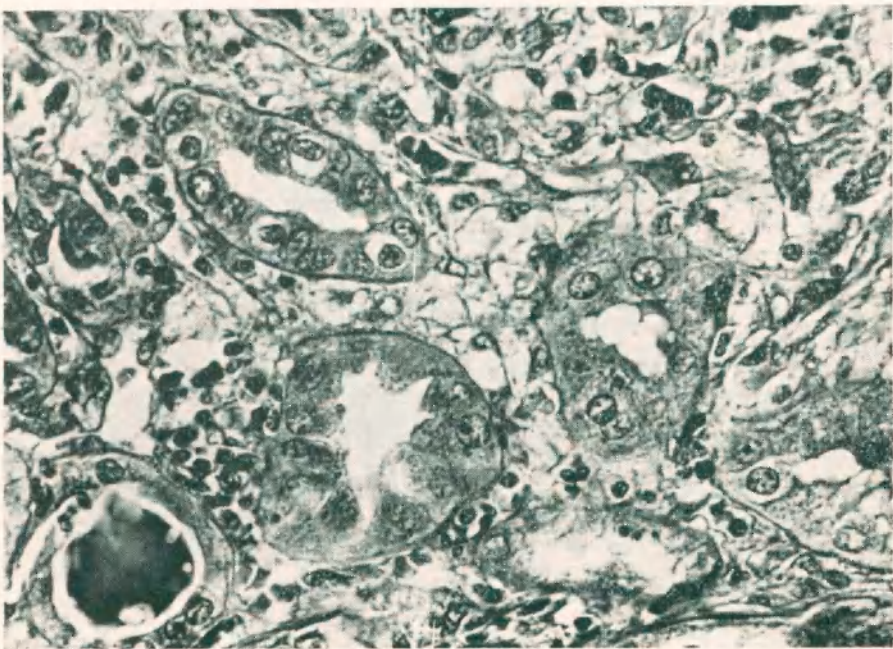


Figura 9. — Placa No. 720. — Tric. de Masson

En plena masa tumoral, tubos conservados, separados por el tejido neoplásico.

datos de interés. Observamos sobre todo con las impregnaciones argénticas que esta es muy rica, difusa, que preferentemente aísla a las células una de las otras, en las zonas infiltrativas, y que sus trabéculas al unirse, dan origen a la formación de cavidades alveolares, en donde ya no es tan clara la separación celular por el colágeno.

Esta disposición del colágeno habla también a favor de un tumor mesenquimático, pues si bien en las zonas alveolares no tienen colágeno intercelular, vemos bien en los preparados que en las zonas externas se insinúan tenues fibras reticulares y que estas cavidades están formadas en realidad por necrosis de las células centrales.

Por último hemos estudiado las zonas de propagación del tumor, de mucha importancia diagnóstica.

El tumor crece por infiltración, no por expansión, y rechazamiento como lo hacen frecuentemente los epitelomas renales.

Podemos seguir la proliferación celular, separando a los tubos y glomérulos sin destruírlos, por lo cual no es raro observar en medio de la masa tumoral, glomérulos y tubos intactos, cosa que nunca hemos visto en los tumores claramente epiteliales que hemos estudiado.

El tejido colágeno intertubular reacciona por una intensa proliferación, destacándose numerosas células pequeñas, escasas en protoplasma y núcleo bien teñido que se continúan insensiblemente con las células tumorales.

Resumiendo, podemos decir que, por sus características de propagación, por su comportamiento frente a las reacciones grasas y por sus relaciones con el colágeno, se trata de un tumor mesenquimático.

Si las dificultades para clasificarlo dentro de la aparente grosera división de epitelomas y sarcomas, han hecho necesarias las consideraciones anteriores, se comprenderá que la ubicación dentro de las distintas variedades de los tumores mesenquimáticos son mayores, sobre todo si en principio nos resistimos como todos los autores modernos a conformarnos con una clasificación meramente morfológica.

Por la repetición constante de un mismo tipo celular



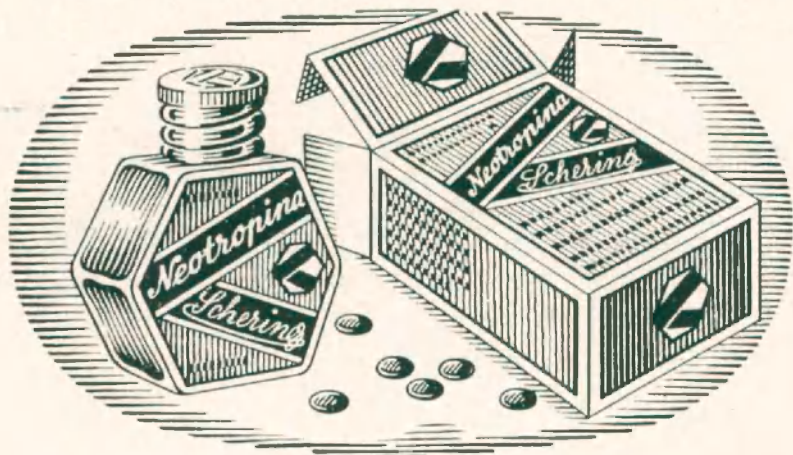
Un nuevo producto *Schering*

# NEOTROPINA

Preparado colorante  
para el tratamiento de las infecciones  
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante <sup>en</sup> las inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento  
de la blenorragia. Proporciona buenos  
resultados en los casos de pielitis y cistitis  
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Representante para la Argentina

QUIMICA SCHERING S. A., Calle Perú, 722-BUENOS AIRES

## ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

# "ISOMIACOL"

(4,4' - dioxi - 3,3' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

CONCRETAMENTE  
INDICADA en:

Sífilis congénita precoz  
" latente precoz  
" cardio-vascular  
" renal (como medicación de entretenimiento)  
" pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

En las curas enérgicas se inyectarán  
de 5 - 6 grs.; en las medias, de 3 - 4  
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

### SE EXPENDE:

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20  
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr.  
Serie fuerte de 8 ampollas. de 0,10 - 0,20  
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.  
Serie B. L., para niños, de 5 ampollas, de  
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

"INSTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE"

MILAN (ITALIA)

POR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN  
QUIMICO  
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446  
BUENOS AIRES

En lugar de COCAINA  
utilice para la anestesia  
de la uretra y vejiga

# PERCAINA

## "CIBA"

- Anestesia neta en concentraciones muy débiles.
- Prolongada duración de la anestesia.
- Actúa sobre la mucosa y por infiltración.
- No es estupefaciente.
- Es más económica que la cocaína.



Muestras y Literatura:

Productos Químicos

CIBA

1247 - Corrientes - 1253  
Buenos Aires

pese a su polimorfismo y la ausencia completa de los otros aspectos de los disembrionomas renales, nos permitimos eliminar a nuestro tumor del grupo de los disembrionomas, que deben considerarse aun tratándose de un adulto, dado que su frecuencia en estos han puesto de manifiesto **Kilbane E.** y **Lister Ch.**

Clasificado así como un sarcoma puro, por el polimorfismo celular descrito, la designación de sarcoma polimorfo sería aproximadamente la exacta, pero la presencia de cavidades alveolares le da a nuestro tumor un sello particular.

**Billroth**, ha designado a estos tumores como sarcomas alveolares o sarcoma carcinomatoide; modalidad estructural señalada por algunos autores, en los estudios de conjunto de los sarcomas en general, como pertenecientes a una variedad de los sarcomas globoocelulares a grandes células (**Ziegler, Lunghethi, Lecene, Borst**, etc.). Todos los autores están de acuerdo en las dificultades diagnósticas histológicas, por lo cual a veces son clasificados como carcinomas.

De la consulta bibliográfica a nuestro alcance, solamente hemos encontrado una observación de **Uluhogian** (1930), en un todo semejante a la nuestra, señalando dicho autor una observación de **Billroth**, que no hemos podido consultar.

La sintomatología clínica de los sarcomas es semejante a la de los tumores epiteliales renales con el carácter destacable de que las hematurias sólo se presentan en los períodos terminales, las metástasis son también muy tardías, teniendo lugar cuando el tumor ha destruido a gran parte de la glándula. Nuestro tumor no escapa a la regla, confirmando así la interpretación de **Lecene** que dice que "los sarcomas alveolares, son de una malignidad atenuada". Por último, diremos hipotéticamente, que nuestro tumor por sus caracteres organoideos, debe haberse originado en el estroma colágeno vascular del riñón, uno de los orígenes de los sarcomas del riñón que pueden originarse en el colágeno del parénquima, el de la región hilar o el de la cápsula.

---