

tamin-B-Therapie dafür sorgen, dass die Schleimhaut ihr normale Fähigkeit der Wasseraufnahme wiederbekommt.

3. Bei der Behandlung der ulzerösen Colitis haben wir den Sulfamiden gute Resultate zu ver danken.

RÉSUMÉ

1. Dans les colites ulcéreuses il se présente un trouble du bilan aqueux dans un sens positif, au contraire de ce qu'il arrive dans la plupart des diarrhées, comme résultat de l'accumulation anormale d'eau dans la lumière de l'intestin, semblable à ce

qui été observé par Abicht dans un cas de sprue non tropical.

2. Le trouble du bilan aqueux dans les colites pénétrantes ne doit pas être traité seulement par les procédés courants de rehydratation en clinique, mais aussi influant sur la muqueuse intestinale avec le "shock médical" (transfusion ou hématothérapie) ou avec la vitaminothérapie (B) afin de réintégrer à la muqueuse intestinale sa capacité de succion aqueuse.

3. Une fois de plus nous pouvons dire que grâce aux sulphonamides nous avons pu obtenir des résultats dignes de considération dans le traitement de la colite ulcéreuse.

COMUNICACIONES PREVIAS

ACERCA DE LA EXISTENCIA DE NUEVOS ELEMENTOS CELULARES EN LA SUPRARRENAL (*)

R. SÁNCHEZ-CALVO

Laboratorio de Fisiología de la Universidad de Santiago de Compostela. Director: PROF. J. COGÓN

En la descripción histológica habitual de las suprarrenales, se encuentra siempre en los autores clásicos y modernos la división de la glándula suprarrenal en las dos partes fundamentales. Es decir, una porción medular y otra cortical. Prescindiendo de la medular, que no interesa al problema aquí planteado, la porción cortical se divide, a su vez, en tres zonas: 1.^a, zona glomerular; 2.^a, zona fasciculada y 3.^a, zona reticulada. La descripción de cada una de estas capas es bien sencilla y contrasta con la complejidad en detalles, con otras glándulas del mismo tipo, como hipófisis, epífisis, timo, etc.

Sin embargo, la observación continua y detenida de dicho órgano, empleando métodos y técnicas adecuadas, nos ha permitido precisar algunos detalles que creemos de interés señalar.

Cuando se emplea en la fijación de las piezas el fijador de Wiesel y cortes de 5-6 micras, se tiñen con el método de Schmorl (a base de Giemsa), se encuentran constantemente en la suprarrenal de la rata adulta y en su porción cortical exclusivamente, la presencia de unos elementos celulares, cuya forma es de lo más variado, pues desde la redondeada, hasta la de aspecto prismático, se encuentran todos los estadios intermedios. Con dicho método, y nunca con la hematoxilina-eosina, aparece el citoplasma de estas células con un color sonrosado (no rojo), aci-

dófilo, en el que no se descubre granulación alguna; por ello, pues, el citoplasma es totalmente uniforme, salvo en reducido número de casos, en que la observación permite la apreciación de ligeras vacuolas en el mismo. La forma de su núcleo, no es menos variable, pues al lado de núcleos redondeados (los menos frecuentes), se perciben otros en herradura (los más abundantes), bilobulados o en forma de gafas. La distribución de la materia nuclear, la cual es fuertemente basófila, es uniforme, sin que se noten acumulaciones o condensaciones en alguna región del núcleo.

La búsqueda de estos elementos sonrosados en los cortes, se hace difícil y enojosa, toda vez que el número de los mismos que aparecen en cada corte, es de 3-6. En su observación debe tenerse presente, que por ciertos caracteres morfológicos, pueden confundirse a primera vista con los eosinófilos típicos de la sangre. Prescindiendo de las características antes enumeradas, la existencia de granulaciones en el citoplasma, es suficiente para decirnos que nos encontramos frente a un elemento de la sangre y no se trata de nuestras células sonrosadas.

La presencia de estas células acidófilas, es exclusiva de la cortical de la rata, pues, ni en el conejo, ni en el cobayo, fué posible su hallazgo.

Con respecto a la naturaleza de estos elementos, se trata, a nuestro juicio, de elementos de naturaleza mesenquimal, semejantes a las células del tejido conjuntivo, dada la morfología y sus relaciones con los elementos de sostén de la glándula. Lo que, desde luego, podemos asegurar, es que no se trata ni de células epiteliales, ni tampoco de elementos celulares de la sangre.

CONCLUSIÓN

Se describen unos elementos celulares en la suprarrenal de la rata adulta, fijada en Wiessel y teñida con el método de Schmorl. Son células poco abun-

(*) Comunicación leída en el Congreso de Anatomía (Sección de Histología) Hispanoamericano, celebrado en Santiago del 11 al 15 de octubre de 1943.

dantes (3 a 6 por corte), caracterizadas por su forma variada (redondeada o poliédrica), provistas de un citoplasma acidófilo, rara vez vacuolado, con un núcleo también polimorfo (lobulado, alargado o en forma de gafas), tratándose, a nuestro juicio, de elementos de naturaleza mesenquimal.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der erwachsenen Ratte findet man in der nach Wie sel fixierten und Schmorl gefärbten Nebenniere ziemlich seltene (3-6 pro Schnitt), durch ihr Form (rundliche oder polyedrische) auffallende Zellelemente. Sie haben ein azidophiles Zytoplasma, das selten Vakuolen aufweist und einen ebenfalls sehr

polymorphen Kern (gelappt, langgestreckt oder in Brillenform) hat. Unserer Ansicht nach handelt es sich um Elemente mesenchymalen Ursprungs.

RÉSUMÉ

On décrit des éléments cellulaires dans la suprarénale de rat adulte, fixée en Wiessel et teinte avec la méthode de Schmorl. Ce sont des cellules peu abondantes (3 ou 6 par coupe) caractérisées par leur forme variée (arrondie ou polyédrique) munies d'un cytoplasme acidophyle, rarement vacuolé, avec un nucléole aussi polymorphe (lobulé, allongé ou sous forme de lunettes) s'agissant à notre avis, d'éléments de nature mésenchimale.

NOTAS CLÍNICAS

TUMOR DE PANCOAST (TUMOR DEL SULCUS PULMONAR SUPERIOR)

D. ORAINDI y S. LANDA

P. N. A. Sanatorio Antituberculoso "Briñas", de Bilbao
Director: DR. R. ZUMÁRRAGA

En 1924, describió PANCOAST un tipo de tumores, cuyo estudio completó en 1932, con el nombre de "tumor del sulcus pulmonar superior", y que se manifiesta por trastornos respiratorios y, sobre todo, nerviosos, que son los que, por lo general, hacen acudir al enfermo a la consulta del médico, puesto que los síntomas pulmonares son de aparición más tardía.

Esta entidad clínica tumoral con individualidad suficiente para considerarla como un síndrome aislado, se caracteriza:

1.º Por un síndrome doloroso radicular inferior de plexo braquial del tipo de Dejerine-Klumpke.

2.º Por trastornos oculares simpáticos de tipo Bernard-Horner.

3.º Porque en la radiografía se aprecia una sombra perfectamente delimitada que ocupa la parte alta del campo pulmonar, con un borde inferior convexo hacia abajo.

4.º Porque destruyen las primeras costillas a partir del cabo posterior, las apófisis transversas y ocasionalmente las partes laterales de los cuerpos vertebrales.

5.º No da nunca metástasis torácicas, ni adenopatías, faltando toda reacción pulmonar.

6.º Es palpable en la fosa supraclavicular.

7.º Conduce fatalmente a la muerte por un mecanismo todavía desconocido.

Estos signos de aparición y grado variables, cons-

tituyen el cuadro morboso particular designado como genuinos tumores de Pancoast.

Nuestro caso clínico es el siguiente:

F. A., 66 años, casado, natural de Vigo.

Antecedentes. — Siempre sano, no ha hecho el servicio militar por falta de talla. Niega venéreas. No sabe leer ni escribir. Mentalidad muy corta. Ha tenido ocho hijos, de los que sólo vive uno; los demás, muertos de pequeños antes de los cuatro años no sabe de qué.

Enfermedad actual. — Desde hace once meses, no precisa bien el comienzo, dolor en el lado izquierdo del tórax, hombro y brazo del mismo lado. Desde esta fecha no desaparece el dolor, que es continuo y ha ido exacerbándose progresivamente. En continua queja por sus dolores se somete a disgusto al interrogatorio.

Hace cuatro meses que tiene abundante expectoración y con gran frecuencia es hemoptoica asalmonada, que desde las últimas semanas es habitual y de mal olor.

Toda la atención del enfermo está fijada en su dolor; por ello y por su escasa inteligencia cuesta obtener otros síntomas que padece: enfraquecimiento, pérdida de fuerzas. Se cansa muy fácilmente, quejándose siempre de un dolor que no le deja dormir.

Exploración. — Se aprecia un síndrome de Horner izquierdo, ptosis, contracción pupilar y enoftalmos. Un abultamiento manifiesto sobre la fosa supraclavicular del mismo lado, dedos en palillo de tambor.

Atrofia de la cintura escapular y miembro superior homolateral, que tiene en aducción y sosteniendo su mano izquierda con la opuesta, para evitar movimientos que le son dolorosos.

Percusión. — Hemitórax derecho, normal. En hemitorax izquierdo, en campo pulmonar superior, matidez en ambos planos, anterior y posterior; y es muy dolorosa la percusión especialmente en región supraclavicular. Resto, submatidez.

Auscultación. — En plano anterior del hemitorax izquierdo, por encima y por debajo de la clavícula, se oye un soplo tubárico con estertores de medianas y gruesas burbujas; algún roncus. Broncofonía y pectoriloquia áfona manifiestas. En plano posterior de la zona de matidez se oye una inspiración soplanente. Resto del pulmón, normal.

Corazón. — Normal. *Abdomen.* — Normal. No presenta adenopatía alguna en región axilar, cervical, ni supraclavicular. Reflejos pupilares, normales.

Laboratorio. — Wassermann en sangre, negativo. Bacilos de Koch en esputos, negativo. Leucocitos, 17.000. Hemograma,