

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. CLINICAS

Sesión clínica del jueves 15 de junio de 1950.

Se presentaron los siguientes enfermos:

COLITIS PROFUNDA DE COMIENZO AGUDO HETEROBACTERIANA

Enfermo de seis años, que hace cuatro años, y habiendo tenido con anterioridad dolores de cabeza y de oídos, comenzó a tener de una manera aguda una diarrea intensa, con la que llegó a hacer 20 deposiciones diurnas y nocturnas completamente líquidas, con sangre macroscópica y con fiebre de 38,5. Tenía también vómitos. En dos días, este cuadro tan intenso cedió con edifeno; pero desde entonces no quedó del todo bien, pues constantemente presenta diarrea que a temporadas se agudiza, acompañándose en tales momentos de vómitos, y llegando a hacer hasta 16 deposiciones con pujos y sangre. Siempre ceden con edifeno, pero en las épocas de mejoría persisten las deposiciones blandas. Antes de comenzar el cuadro intestinal tuvo supuración bilateral de oídos y ha perdido el derecho.

Es un niño pálido, sin adenopatías y con disminución marcada de la agudeza auditiva derecha. En el tórax no se encuentra nada anormal. En el abdomen existe chapteteo en zona umbilical.

La velocidad de sedimentación es normal. La reacción de Mantoux al 1 por 10.000 es negativa. En la exploración otorrinolaringológica, realizada por el doctor ASÍN, no se han apreciado alteraciones en el oído izquierdo y en el derecho aparece una perforación timpánica, seca en el momento actual. Las heces son blandas, de color ocre, brillantes, con partes leñosas de vegetales, granos de almidón, grasa neutra muy irregularmente combinada y porciones de moco bien delimitadas que contienen abundantes leucocitos y hematies. La reacción de Adler es positiva, de dos cruces, y la de Schmidt, de cuatro cruces. (Se dice en el informe que la grasa está tan irregularmente combinada que cabe la posibilidad de que proceda del recipiente en que se han recogido.) En la exploración radiológica de aparato digestivo se observa tránsito lento del contraste por intestino delgado, asas yeyunales dilatadas, ileon pélvico y terminal hipertónico, colon espástico con sigma muy plenificado por paso rápido del contraste de ciego a las porciones finales. En las heces se ha cultivado un enterococo y un coli normal.

El enfermito es presentado por los doctores PARRA y LOSADA e interviene en su discusión el doctor MARINA junto al profesor JIMÉNEZ DIAZ. Se plantea el problema de si padece una enteritis o una colitis, y en este sentido el hecho de que haya echado sangre macroscópica y porciones gruesas de moco con la deposición permiten asegurar que tiene una colitis distal típica. Junto a esto hay dos datos que harían pensar también en enteritis, que son el mantener las asas yeyunales dilatadas y la existencia de grasa en las heces; pero esta última, según se hace constar en el informe de análisis, cabe que sea añadida, y respecto a la dilatación del yeyuno puede no corresponder a la existencia de una enteritis, sino ser expresión del fenómeno radiológico que SNELL ha llamado patrón enterítico de las colitis. Por consiguiente, lo más verosímil es admitir que el niño tiene una colitis profunda de comienzo agudo. Respecto a su etiología, podría ser disenterica; pero existe el dato de haber padecido una supuración de oídos persistente y ello puede haber sido el factor de mantenimiento de la colitis, ya

que la supuración puede ser de origen tubárico, y en tal caso pueden deglutiirse gérmenes activos que mantengan la heterobacteriosis intestinal. Es necesario tener esto en cuenta en la terapéutica, y aparte de tratar su colitis con régimen apropiado y aportación de vitaminas y antibióticos del tipo sulfathalidin, etc., será fundamental tratar la supuración ótica, que, aunque en el momento actual no es activa, debe pasar por momentos de agudización.

QUISTE HIDATIDICO DE HIGADO? COLECISTITIS HIDROPICA CON HEPATITIS CIRCUNSCRITA DE VECINDAD?

Enferma de cincuenta y cuatro años, que desde el año 1940 viene teniendo dolores de carácter cólico en hipocondrio derecho que se irradián hacia la espalda y se acompañan de náuseas, vómitos, orina cargada y fiebre. Estos dolores, al principio, le duraban un día y le aparecían con intervalos de dos meses. Desde el último cólico, que lo ha tenido hace poco más de un mes, le ha quedado dolor fijo en hipocondrio derecho que no llega a desaparecer en ningún momento. Nunca ha tenido ictericia franca.

En la exploración se encuentra una enferma bien constituida, con buen color y aspecto y bien nutrita. En el tórax no se aprecia nada anormal y en abdomen se palpa el hígado muy voluminoso, sobre todo a expensas de lóbulo derecho, duro y doloroso. No se percute ni se palpa el bazo.

La velocidad de sedimentación es normal. En la sangre no existen alteraciones significativas; no hay eosinófilos. La reacción de Cassoni es negativa y asimismo las pruebas de función hepática.

La enferma es presentada por los doctores MIÑÓN y PALACIOS, e intervienen en su discusión, junto al profesor JIMÉNEZ DIAZ, los doctores MOGENA, MARINA y GILSANZ. Teniendo en cuenta los datos de exploración hepática, que coinciden con un estado general de la enferma muy bueno, se concluye que lo más verosímil es que se trate de un quiste hidatídico de hígado que ha provocado pseudocólicos hepáticos en virtud de episodios de colerrágia interna, el último de los cuales, de mayor intensidad, ha dejado como secuela el dolor local que ahora aqueja. Esto es admisible a pesar de la negatividad del Cassoni y de la ausencia de eosinofilia, pero en disyuntiva cabe también la posibilidad de que se trate de una colecistitis hidrópica con hepatitis reacional en el parénquima vecino. En uno u otro caso se aconseja la intervención quirúrgica.

ABSCESO PULMONAR

Enfermo de cuarenta y dos años, que en diciembre último tuvo un catarro con fiebre, anorexia, dolores por todo el cuerpo, tos y expectoración en varias ocasiones hemoptoica. Le duró este cuadro ocho días, pero al mejorar le vieron por rayos X encontrándole un infiltrado derecho y practicándole un neumotórax que suspendieron en abril por derrame. Desde abril a acá ha seguido con fiebre a temporadas y con tos constante que a veces se acompaña de expectoración de mal sabor y olor nauseabundo, cosa que suele durarle cinco o seis días.

En la exploración se encuentra un enfermo de buen aspecto y con buen color. En el hemitórax derecho exis-

te una zona en que el murmullo vesicular está disminuido y se perciben roncus. Los tonos cardíacos son puros. Existe taquicardia de 99 pulsaciones. Y la exploración abdominal es negativa.

En la radiografía de tórax se aprecia una imagen opaca en zona parahiliar derecha de aspecto infiltrativo y de densidad no homogénea, ya que contrastan zonas nódulares duras con otras indudablemente cavitadas. El aspecto es el de una supuración pulmonar primaria o el de una neoplasia con oclusión bronquial y abscesificación secundaria.

La velocidad de sedimentación es de 24. En la fórmula existen 74 neutrófilos y en la orina no hay alteraciones. En el esputo no se han visto bacilos de Koch y el estudio citológico no ha demostrado la presencia de células atípicas.

En la broncografía con lipiodol se ve una laguna sin replecionar en el bronquio principal derecho y la broncospiña ha puesto de manifiesto la permeabilidad de los bronquios de los lóbulos medio e inferior; en el bronquio del lóbulo superior se ha visto ligero edema y en su rama axilar un edema muy intenso de carácter inflamatorio.

El enfermo ha sido estudiado por los doctores GILSANZ y TAMAMES, e intervienen en su discusión, junto al profesor JIMÉNEZ DÍAZ, el doctor ALIX. Por todos los datos enumerados se llega a la conclusión de que indudablemente se trata de un absceso pulmonar y que muy verosimilmente no es neoplásico. No obstante, la actitud terapéutica que se aconseja es la de un tratamiento previo con aspiraciones endobronquiales y penicilina, acompañado del estudio sistemático de la citología de las extacciones; si con esto mejora en poco tiempo, tanto radiológicamente como de estado general, y no se encuentran células neoplásicas en ninguno de los extraídos bronquiales, puede ser dado de alta con tranquilidad. Pero si persiste el proceso pasado ese tiempo, o si se encuentran células neoplásicas en alguna ocasión, se deberá ir a la lobectomía, con lo que se logrará la curación tanto si es absceso primario como si es secundario a un proceso neoplásico.

EPILEPSIA POST-TRAUMATICA

Niña de seis años, que a los catorce meses tropezó, cayendo al suelo, a raíz de lo cual lloró mucho y se puso muy morada, pero sin tener de momento ninguna alteración. Pero pasados veinte días tuvo un ataque convulsivo que afectó a las extremidades derechas, teniendo durante él los ojos muy abiertos y la mirada y la boca desviada hacia el lado de las convulsiones. Le duró tres horas y se acompañó de fiebre. Un día más tarde tuvo otro ataque con las mismas características, quedándole a partir de él una hemiparesia derecha, que persiste. Los ataques se volvieron a repetir dos meses y un año más tarde, y ya con posterioridad se han venido presentando con mayor frecuencia. Ultimamente, cuando le van a dar, le sube como una bola a la garganta y tiene siempre fiebre y las convulsiones son generalizadas, teniendo incontinencia de esfínteres y echando espuma por la boca. Se pone muy morada en estas crisis. En la familia nadie ha tenido ataques convulsivos.

Es una niña de buen color y sin nada anormal en la exploración de tórax y abdomen. Las extremidades derechas están menos desarrolladas y son más delgadas que las izquierdas; presentan actitud hemipléjica y movimientos atetósicos en la mano y el pie. La marcha es parética y de segador. En la pierna derecha hay exaltación de reflejos con Babinski.

La velocidad de sedimentación es normal y en el análisis morfológico de sangre no existen alteraciones significativas. La orina no contiene nada anormal y el examen de parásitos y huevos en heces es negativo. La reacción de Mantoux es también negativa.

La enferma es presentada por el Dr. ROMEO, e intervienen en su discusión, junto al Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, los Dres. OBRADOR y OYA. Se llega a la conclusión de que la epilepsia hay que ponerla en relación con el traumatismo sufrido a los pocos meses de edad. Debió

ser lo suficientemente intenso para producir una contusión cerebral, quizás un hematoma subdural o una aracnoiditis quística secundaria, que ha desarrollado una hemiparesia fundamentalmente plástica y un foco epileptógeno izquierdo que con posterioridad ha facilitado las crisis generalizadas. Se considera necesario practicar una encefalografía para, a la vista de sus hallazgos, decidir las posibilidades terapéuticas en sentido quirúrgico.

ENFERMEDAD DE NICOLAS Y FAVRE, CON ESTRECHECES REGIONALES EN SIGMA Y COLON DESCENDENTE

Enferma de cincuenta y cuatro años, que hace dos años y medio le apareció prurito anal y un bulto como una nuez en la margen izquierda del ano; poco después comenzó a tener diarrea, haciendo cuatro a cinco deposiciones diarias, acompañadas de retortijones y de la expulsión de moco en gleras. Mejoró luego durante una temporada, pasada la cual volvió a repetir el prurito anal y le aparecieron nuevos bultos en el ano con fiebre. Estos por último mejoraron, pero ha persistido el cuadro diarreico con dolores intestinales de tipo cólico, que en varias ocasiones han adquirido caracteres que revelan la existencia de una estenosis intestinal, ya que se han presentado en crisis paroxísticas de gran intensidad y acompañándose de la formación de bultos (asas rígidas) en la mitad izquierda del abdomen, que se deshacen al desaparecer el dolor y coincidiendo con ruidos hidro-aéreos y una deposición abundante y a veces con sangre roja o negra, como la pez. Ahora la diarrea es continua y de diez a doce deposiciones diarias.

Un médico que la vió antes de venir a la clínica parece ser que pensó en que pudiera tratarse de una disenteria amebiana y le hizo una biopsia rectal, y dice que se encontraron amebas. No obstante, el cuadro parece corresponder a una estenosis intestinal baja.

En la exploración a su ingreso en la clínica, que se efectuó en el mes de enero, desde cuya fecha ha sido estudiada por los Dres. MARINA y PÉREZ GÓMEZ, que la presentan, se encontró una enferma regularmente nutrita, pálida, sin anormalidades en la exploración torácica y con abdomen globuloso y sin alteraciones dignas de valorarse. Por tacto rectal y por rectoscopia no se encontró nada patológico en todo el trayecto visible.

La orina era normal. La velocidad de sedimentación de 12 y sin alteraciones en la fórmula. En el jugo gástrico, aquilia histamin-resistente. El estudio citológico en el líquido de lavado intestinal no demostró células atípicas.

En la exploración ginecológica, practicada por el Dr. ORCOYEN, se encontró una masa en Douglas que parecía dependiente de útero y que por ser sospechosa su naturaleza tumoral se aconsejó laparatomía exploradora. Esta fue llevada a cabo, encontrándose útero y ovarios atrépicos, y el recto, que estaba pegado a fondo de útero, presentaba una masa endurecida del tamaño de un duro. Se extirpó el ovario derecho.

Por último, en la exploración radiológica de intestino, varias veces realizada, se ha encontrado constantemente una estenosis tubular y prolongada en la parte alta del sigma, a nivel de su unión con el colon descendente, y otra estrechez de las mismas características un poco por encima, o sea en pleno colon descendente.

Dados los caracteres de estas estenosis, no parecía probable su naturaleza tumoral, pareciendo más bien que podría tratarse de estrecheces regionales como las que puede producir la linfogranulomatosis venérea o enfermedad de Nicolás y Favre. Si de tal se tratara, podría explicarse el comienzo rectal que tuvo el proceso y la induración que se tocaba en el Douglas y que se percibió en el recto en el curso de la laparatomía. Por consiguiente, y pensando en este diagnóstico, se practicó una reacción de Frei para ver de confirmarlo, y resultó intensísimamente positiva a la media hora. Por tanto, parece indudable que se trata de una enfermedad de Nicolás y Favre o linfopatía venérea, que ha conducido a un cuadro de estrecheces regionales a nivel de sigma y de colon descendente. Se aconseja

por el momento un tratamiento con aureomicina y sulfamidas, pero pensando que quizás más adelante se haga necesaria la intervención.

NEOPLASIA DE PULMÓN METASTÁTICA

Enferma de cincuenta y seis años, que hace cuatro años empezó a tener metrorragias, por lo que después de practicada una biopsia la realizaron un tratamiento con radium y radioterapia, quedando bien. Ha estado bien hasta noviembre último, en que empezó a tener tos seca sin fiebre, la cual en marzo se ha acompañado de expectoración, en ocasiones hemoptoica, y de dolor en costado derecho. Tiene anorexia y ha adelgazado 16 kilogramos.

En la exploración clínica, aparte de su delgadez y palidez, sólo existe de interés una disminución de función en la base pulmonar derecha, con estertores crepitantes.

En la orina no hay nada anormal. La velocidad de sedimentación es alta y existen 10.000 leucocitos con 78 neutrófilos. En el estudio citológico del esputo, realizado por el Dr. BANÓN, se han visto unas células muy atípicas, con caracteres diferentes a los que se ven habitualmente en las células atípicas del esputo.

En la radiografía existe una atelectasia triangular en base derecha.

La enferma, que ha sido estudiada y presentada por los Dres. MINÓN y PALACIOS, y en cuya discusión interviene el Dr. PARRA junto al Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, tiene indudablemente una neoplasia pulmonar metastática de una previa uterina. Se aconseja tratamiento con radioterapia y dosis altas de estrógenos.

PERIOSTITIS BACILAR DE LA CABEZA DEL HUMERO

Enferma de cincuenta años, que en la infancia tuvo adenopatías fistulizadas en cuello y a partir del año 40 un cuadro de molestias abdominales que persistieron durante varios años, llegándose a la conclusión de que estaban producidas por una peritonitis bacilar. Por último, desde hace un año, tiene un dolor en hombro derecho que se extiende por el brazo hasta el codo y que se acentúa con los movimientos, como por ejemplo el de peinarse, que apenas lo puede realizar.

En la exploración clínica sólo cabe destacar una ligera atrofia del deltoides derecho y dolor en los movimientos activos y pasivos de la articulación del hombro de ese lado.

En la radiografía del hombro se ve, junto a un engrosamiento del periostio en la cabeza del húmero, la existencia de unas calcificaciones en su parte externa.

La enferma es presentada por los Dres. BARREDA y MERCHANTE, e intervienen en su discusión, junto al Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, los Dres. LÓPEZ GARCÍA y LARA. Se plantea el problema de si el dolor del hombro puede corresponder a una periartritis del mismo, ya que la irradiación del dolor es la típica de este proceso, y las calcificaciones existentes junto a la cabeza del húmero podrían haberse hecho sobre la base de una necrosis del tendón del supraespínoso responsable de dicho cuadro, o si por el contrario todo podría deberse a una periostitis bacilar de la cabeza del húmero; y valorando a favor de esta segunda hipótesis la historia bacilar de la enferma (adenopatías, peritonitis) se considera la más verosímil, aconsejándose un tratamiento de inmovilidad y estreptomicina.

SESIONES DE LOS SABADOS. ANATOMO-CLINICAS

Sesión de 11 de noviembre de 1950.

CÁNCER DE HIGADO METASTÁTICO A UNO COLOIDEO DE MAMA. MUERTE POR HEPATARGIA

Dr. BARREDA.—Enferma J. G. R., de treinta y seis años, casada, natural de Siles (Jaén), que ingresa en nuestro Servicio relatando una historia realmente muy breve, de tan sólo dos meses de duración, en que después de un embarazo normal y de un parto a término, notó a los ocho días la aparición en ambas glándulas mamarias de unos bultos dolorosos, del tamaño de una avellana, que fueron incidiidos, dando, según refiere, un pus escaso y quedando libre de molestias.

A los cuatro días le apareció un dolor en región epigástrica e hipocondrio derecho, con sensación subjetiva de fiebre, que no comprobó, notando al mismo tiempo la aparición de un bulto en dicho hipocondrio, duro y doloroso. No ha tenido ictericia, heces acólicas ni orinas colúricas. El dolor es continuo día y noche, sin relación con las comidas, y con exacerbaciones, notándose en la actualidad, además, una intensa adinamia y respondiendo mal a las preguntas por encontrarse en estado semiestuporoso.

Por parte de los restantes aparatos, presenta disnea de esfuerzo y palpitaciones; nada que señalar en respiratorio; anorexia por parte del digestivo, y la sintomatología arriba apuntada. En dos ocasiones dice haber tenido melenas. Ligero tinte subictérico de conjuntivas al principio de sus tres embarazos, que le remitía espontáneamente a los dos o tres días, sin padecer ninguna otra molestia, y por parte del aparato urinario, tiene discreta poliuria.

Respecto a sus antecedentes personales, su padre murió de un vómito de sangre; era trabajador en minas de plomo; su madre murió de una congestión cerebral; han sido siete hermanos, uno murió de un ataque de uremia, estando los demás sanos. No abortos. Ha padecido sarampión, tos ferina y tifus exantemático en 1941. Menarquia a los trece, a 28/3-4, y

desde que tuvo el último hijo en el mes de julio no ha vuelto a regalar.

En el examen general se ve una enferma bien constituida, con gran palidez de piel y mucosas, dermis de cara infiltrado por unas formaciones eritematosas areolares de asiento preferente en maxilar inferior, boca aséptica, faringe normal; en tórax se aprecian adenopatías axilares bilaterales, más abundantes en el hueco axilar izquierdo, rodaderas y muy duras, no dolorosas. Se palpa un nódulo en la mama derecha, del tamaño de una nuez, próximo a su cicatriz operatoria. En la mama izquierda se aprecian nódulos más pequeños. Exploración física de tórax, normal. Presiones arteriales, 10/7. En el abdomen se palpa el hígado muy aumentado, duro y doloroso, lobulado, y ocupando el hipocondrio derecho, llegando hasta fosa iliaca del mismo lado, epigastrio, mesogastrio, e insinuándose en hipocondrio izquierdo, y vacío del mismo lado. No se palpa bazo. Exploración neurológica, negativa.

El examen de sangre arroja 4.300.000 hematies, con una velocidad de sedimentación de 37 de índice, 7.900 leucocitos por milímetro cúbico, de los cuales 64 por 100 son neutrófilos, 0 eosinófilos, 0 basófilos, 32 linfocitos y 4 monocitos. La orina, de una densidad de 1.014, con reacción ácida, ligeros indicios de albúmina, no glucosa ni pigmentos biliares, y en el sedimento se ven hematies 1 por 10 campos, leucocitos 15 por campo, aislados y en cúmulo, células epiteliales pavimentosas y cristales de oxalato de cal. La urea en sangre era de 0,42 g. por 1.000, la colinesterasa en suero muy baja, de 136 mm. por 100, tenía un Hanger de tres cruces, McLagan de 8 unidades y Kunkel de 19. La colesterol era de 0,9 la directa, 0,9 la indirecta y 1,8 la total, siendo la relación directa a total por 100 del 50 por 100. Como se ve, todas las pruebas funcionales hepáticas están muy poco separadas de la normalidad, con excepción hecha del Kunkel y de la colinesterasa, que son francamente patológicas, y como dato que queremos señalar, la fosfatasa ácida dio un valor de

6,2, y la fosfatasa alcalina dió 18,4. Hacemos un diagnóstico de cáncer metastásico de hígado en fase iniciada de atrofia amarilla aguda.

La enferma continuó empeorando, y a los pocos días, a pesar de todas las medidas de protección hepática instauradas, falleció. La urea en sangre, pocas horas antes del exitus, fué de 0,68 g. por 1.000.

El informe de autopsia arrojó los siguientes datos: El cadáver presenta una cicatriz de unos ocho centímetros en mama derecha. Pulmones, adherencias parciales en ambos pulmones en planos posteriores. No se aprecia anormalidad al corte. Corazón pequeño, sin lesiones en miocardio ni válvulas. Hígado muy aumentado de tamaño; muestra zonas degeneradas, de color amarillo, con gran degeneración grasa. Alternando con éstas existen otras zonas de aspecto gelatinoso muy blando, de color grisáceo, aparentemente neoformativas, que se mezclan con otras zonas de gran dureza. Bazo normal de tamaño, duro, no da pulpa; algunos ganglios mesentéricos (ganglios preaórticos) se encuentran infartados, con aspecto neoplásico. Riñones normales de tamaño, se decapsulan bien y no se aprecian anomalías al corte. Órganos genitales sin lesiones aparentes. Mama: En la mama derecha, por debajo de la cicatriz operatoria, se encuentra un nódulo blanquecino neoformativo. Se remiten para su análisis al Instituto trozos de hígado, nódulo mamario y bazo. El informe dado por el Dr. MORALES es el siguiente: Mama, carcinoma macizo de pequeños islotes; necrosis. Bazo congestivo. Hígado, dilatación de sinusoides y espacios de Disse, intensa fibrosis y metástasis pequeñas de células como las de la mama.

Diagnóstico.—Cáncer de mama con metástasis de hígado (cáncer coloide), comprobado todo ello histológicamente.

Comentario.—Señala el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ los aspectos de interés del caso. En primer lugar, desde el punto de vista clínico, el comienzo agudo de la metástatización hepática, en cuya viscosa, sólo la palpación de cierta irregularidad hizo pensar en lo justo. Es asimismo de notar la pequeñez del tumor, que hizo tomarlo por un absceso, y la metástatización hematogena, un poco unilateral, ya que no se encuentra en otros órganos. Otra cosa es la evolución como atrofia amarilla aguda de las zonas del parénquima no afectadas por las metástasis, cosa que ya habíamos tenido ocasión de ver. Da valor el hecho de encontrar aumentada la fosfatasa ácida, para el diagnóstico de naturaleza tumoral, de una ictericia, pues en ninguna otra forma de la misma se encuentra.

RETICULOMA GASTRICO

Prof. GONZÁLEZ BUENO y Dr. HIDALGO HUERTA.—Enferma de treinta y un años, casada, natural de Cartagena, que refiere una historia de hace un año de iniciación, época por la que comenzó a notar de vez en cuando una sensación de nudo retroesternal, que la ascendía hasta la garganta y se le calmaba tomando unos sorbos de agua.

En el mes de noviembre, encontrándose bien, un día, después de comer, notó sensación de náuseas, y seguidamente tuvo un vómito alimenticio, con lo que quedó bien. A los siete días le repitió el cuadro en forma similar, achacándolo en esa ocasión a haber tomado poco antes una pastilla analgésica. Por esta época comienza también a sentir mal sabor de boca por las mañanas, en ayunas, y eructos con sabor y olor a huevos podridos.

A partir de esta fecha le aparece dolor localizado en el hipocondrio izquierdo, que se irradia a región lumbar del mismo lado, de presentación inconstante, escasa intensidad y que no guarda relación con las comidas, dolor que con los mismos caracteres persiste en la actualidad.

Poco después de manifestarse el cuadro observa que las heces a veces son negras, aun cuando duras y bien formadas. Más tarde le aparece febrícula vespertina, anorexia (que se acentúa progresivamente) y pérdida de peso.

Paúlatinamente se ha acentuado el cuadro. La anorexia, pérdida de peso y malestar general son más ostensibles, así como el dolor en hipocondrio izquierdo, que ahora se irradia también a epigastrio, donde nota, además, sensación de tirantez. Se encuentra muy cansada, tiene sequedad de boca y ha adelgazado en total unos diez kilogramos de peso.

En sus antecedentes, únicamente recuerda sarampión en la infancia. Menarquia a los catorce años. Tipo 3-4/28.

El padre vive sano. La madre murió paralítica. No hermanos. Marido sano. Tres hijos bien. No abortos.

A la exploración es una enferma bien constituida, con mediano estado de nutrición. Buena coloración en piel y mucosas. Pupilas isocóricas, que reaccionan bien a la luz y acomodación. No adenopatías.

Boca poco cuidada. Lengua atrófica, saburral. Faringe enrojecida.

Corazón: Tonos normales. Pulso ritmico, a 76.

Respiratorio: Murmullo vesicular normal.

Abdomen: Tónico, globuloso, con dolor a la palpación profunda por encima y a la derecha de ombligo, sin palparse ninguna masa tumoral ni siquiera aumento de la resistencia local.

En el examen hematológico encontramos una anemia de 3.290.000 glóbulos, con 61 de Hb. y 0,93 de V. G., con anisocitosis microcítica. Algunos macrócitos políchromáticos y ligera anisocromesia. La fórmula leucocitaria es normal: 7.500 leucocitos, con 59 segmentados, 9 en cayado, 1 eosinófilo, 27 linfocitos y 4 monocitos. La velocidad de sedimentación está acelerada, con un índice de 60,5.

En el examen de orina no se encuentra alteración alguna.

En jugo gástrico no existe HCl. libre y 40 de total, suspendiéndose la extracción por salir sangre roja. En el estudio citológico practicado por el Dr. BAÑÓN, se encontraron algunas células atípicas de núcleo grande y protoplasma basófilo.

En la exploración radiológica efectuada por el doctor MARINA FIOL, que ha estudiado la enferma también clínicamente, se encontró en el mismo cardias una desestructuración de la mucosa: los pliegues están desorganizados, los contornos rígidos, con zonas de aclaramiento. Todas estas alteraciones se extienden hacia el fórnix, y descienden por estómago, principalmente estando la enferma echada se observa una falta de replección semilunar que abarca la corvadura menor inmediatamente por debajo del cardias.

Con el diagnóstico de carcinoma de fórnix es remitida a nuestro Servicio por el Dr. MARINA, e intervenida el día 7 de julio por el Prof. GONZÁLEZ BUENO.

Bajo anestesia general, laparotomía media supraumbilical. En cardias y fundus gástrico proceso epitelial de tipo polipoideo, permaneciendo el antro y toda la porción horizontal libre, sin alteración macroscópica ni a la palpación. El pedículo esplénico está muy retraído por la infiltración peritumoral. Se moviliza la porción cardial del esófago y se libera estómago de cardias a piloro. La gran retracción del pedículo esplénico obliga a incluir el bazo en la pieza de exéresis de la gastrectomía total que se realiza. Anastomosis esófago-yeunal término-lateral con asa larga.

El informe anatopatológico del Dr. MORALES PLEGUELO dice: Debajo de la submucosa se observa un linfosarcoma reticular (reticuloma) con mitosis regularmente abundantes y atípicas muy evidentes, viéndose células de más de un núcleo. En algunas zonas existe aumento de la reticulina. Es de tipo inmaduro.

En los comentarios al caso intervienen los Dres. MARINA, GILSANZ, RODA, CENTENERA y los Profs. GONZÁLEZ-BUENO y JIMÉNEZ DÍAZ, resaltando de ella los aspectos siguientes: En primer lugar, ante una enferma con una imagen radiológica de cáncer del estómago, y edad joven, debemos sospechar que puede no tratarse del cáncer habitual del estómago, y apurar el estudio histológico, merced al cual, con tinciones especiales de reticulina, etc., se ha podido llegar al diagnóstico exacto. En segundo lugar, desde el punto de vista diagnóstico-clínico, dar valor a la punción esternal, que puede permitir hacer antes de intervenir el diagnóstico de la

naturaleza linfosarcomatosa o reticulosarcomatosa de la neoplasia, con el extraordinario interés de que estos casos serán tributarios de la radioterapia más que de la intervención quirúrgica, pues un carácter importante de ellos es la falta de metastatización. (No se refieren, naturalmente, a los que son una localización más de una linfosarcomatosis generalizada, como pasa en el Hodgkin.)

HIDATIDOSIS RAQUIMEDULAR ASOCIADA A CISTICERCOSIS

El Dr. S. OBRADOR presenta el siguiente caso, operado en el Instituto de Neurocirugía:

Enferma de cincuenta y siete años, con una historia de tres años de duración, iniciada con dolores radiculares en región dorsal inferior y sobre todo en el lado izquierdo. Desde hace un año se presenta una paresia de las piernas, acompañada de disminución de sensibilidad, que va progresando, hasta que se establece, hace dos meses, una paraplejia completa. En los últimos días trastornos de esfínteres.

En la exploración clínica no existía dolor a la percusión de la columna dorsal, que tenía también buena movilidad. Neurológicamente, paraplejia espástica, con hipertonia, reflejos vivos, clonus de pie y Babinski bilateral. El nivel sensorial de anestesia táctil y dolorosa llegaba hasta el quinto dermatoma dorsal, y la sensibilidad profunda estaba también afectada en ambas piernas.

En las exploraciones complementarias se veía un líquido cefalorraquídeo con 20/3 células, 83 mg. de proteínas, reacciones de globulinas fuertemente positivas. Wassermann negativo y 5, 5, 5, 5, 4, 4, 3, 2, 1, 0 en la curva del oro coloidal. Reacción de desviación con antígeno de cisticerco positiva en el líquido. En la fórmula hemática, ligera leucocitosis, y solamente 2 por 100 eosinófilos. La mielografía descendente confirmó el nivel del bloqueo en la quinta vértebra dorsal.

Con anestesia general (éter-aire) se hizo primero una laminectomía de D4 a D6. La dura estaba abombada, y al abrirla encontramos una colección de quistes múltiples parasitarios que comprimía la mitad izquierda de la médula. Como los quistes se extendían hacia abajo, se amplió la laminectomía en otras dos vértebras, y entonces encontramos que los quistes se originaban en una gran cavidad que existía en la porción lateral del cuerpo y apófisis transversa de la octava vértebra dorsal, donde aparecía una gran colección de quistes extradurales y paravertebrales de distinto tamaño, con aspecto de quistes hidatídicos; a este nivel se notaban paquimeningitis y aracnoiditis reaccionales. Los quistes habían pasado al espacio subaracnoidal desde la cavidad ósea vertebral por las vainas radiculares. Se extirparon todos los quistes visibles, por fuera y por dentro de la dura. La cavidad ósea llegaba a pleura y cara anterior del canal raquídeo por la erosión causada en la mitad izquierda del cuerpo vertebral, apófisis transversa y cabeza de la costilla. Al cerrar el plano muscular encontramos también varios quistes subcutáneos más pequeños que los raquídeos y con aspecto de cisticercos, mientras los vertebrales e intrarráquideos parecían quistes hidatídicos.

La operación fué bien tolerada, iniciándose en el curso postoperatorio inmediato una recuperación del cuadro parapléjico. Un estudio manométrico por punición lumbar demostró una permeabilidad postoperatoria normal.

El estudio histológico de los quistes, hecho por el Dr. MORALES PLEGUEZUELO, ha proporcionado el siguiente resultado:

Los quistes grandes del canal raquídeo, de más de un centímetro, globulosos de pared, semejantes a la clara de huevo coagulada, son quistes hidatídicos. Los quistes más pequeños, subcutáneos, alargados y de pared más fuerte, muestran una cabeza claramente visible y son cisticercos.

En el examen postoperatorio del líquido cefalorraquídeo se ven 55/3 células, con 11 por 100 de eosinófilos. Las proteínas, 67 mg. por 100, y globulinas positivas. Cloruros, 718 mg. por 100, y glucosa, 74 milí-

gramos por 100. En el oro coloidal, 4554432100. Reacción de Wassermann y cisticercosis, negativas en el líquido. Pero en el suero sanguíneo la reacción de desviación de complemento para el antígeno de cisticercos es fuertemente positiva, mientras para el antígeno hidatídico es negativa.

En la exploración de salida del Instituto de Neurocirugía, a los dieciocho días de la intervención, se encontraba una recuperación de motilidad en piernas, donde los movimientos eran posibles, aunque débiles. La mejoría motora era más acusada en la pierna derecha. La apreciación de las sensibilidades profundas (vibratoria, sentido de posición) de las piernas también había regresado.

En la discusión del caso clínico se insiste sobre la rareza de las formaciones parasitarias (hidatidosis, cisticercosis) que afectan al canal raquídeo y las dificultades del diagnóstico diferencial con otros procesos compresivos de la médula. El estudio biológico de los diferentes antígenos en sangre, y sobre todo en líquido cefalorraquídeo, con las diferentes reacciones de desviación de complemento, tiene una extraordinaria importancia en estas parasitosis nerviosas, y se discuten los recientes estudios efectuados con los doctores ARJONA y ALÉS en el Instituto de Investigaciones Médicas.

En este caso, que será publicado en la REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, destaca especialmente la asociación de hidatidosis con cisticercosis generalizada.

CANCER SOBRE COLELITIASIS

Dr. MARINA FIOLE.—M. M. Se trata de una enferma de sesenta y dos años, que desde hace treinta y dos años ha venido padeciendo de cólicos, con dolor en hipocondrio derecho e irradiación a escápula del mismo lado; le duraban tres o cuatro días, y que por todos sus caracteres corresponden a cólicos hepáticos típicos.

Hace seis meses comenzó a notar astenia y anorexia, y unos días más tarde le dió un dolor muy intenso en hipocondrio derecho, que irradió a la escápula y región renal del mismo lado; la tuvieron que poner morfina, con lo que cedió de momento, no acompañándose de vómitos, ictericia, fiebre ni de ningún otro síntoma. Desde entonces padece de dolor continuo en hipocondrio derecho, que no se influencia con la alimentación, y a menudo se le exacerba en forma de cólico, que ofrece una sintomatología idéntica a la descrita en el primer episodio. Desde que está enferma hace deposiciones pastosas; la anorexia ha ido aumentando, habiendo perdido en estos últimos seis meses 15 kilogramos de peso. Desde hace tres días orina muy poco, sin que tenga molestias a la micción.

Los antecedentes familiares y personales carecen de interés.

En la exploración clínica hallamos una enferma semiobnubilada, con color cetrino de piel. Con boca séptica, gran sequedad de lengua y fétor urémico. En región lateral izquierda del cuello se aprecian microadenopatías duras. En pulmón y corazón no se aprecian alteraciones. Las presiones arteriales son normales.

En abdomen hallamos una tumoración en hipocondrio derecho, de consistencia dura, que parece corresponder al hígado, existiendo por debajo una prolongación de consistencia igualmente dura y superficie lisa, que pensamos pueda tratarse de riñón.

Clínicamente hacemos el diagnóstico de uremia, cuya causa puede ser un proceso urológico del riñón derecho, ya que la tumoración que palpamos por debajo de lo que creemos el hígado, nos parece seguro se trata de un riñón muy aumentado de tamaño. Por otra parte, es indudable que la enferma padece una litiasis biliar antigua, que ha estado silente durante muchos años, y que desde hace seis meses ha vuelto a tener actividad; podría tratarse también de una litiasis biliar y renal, cuya asociación es relativamente frecuente. Con este juicio, diagnóstico previo, emprendemos las siguientes exploraciones: Urea en sangre, 2,4 g. por 1.000; la hacemos ver por el Dr. PÉREZ

CASTRO, que nos da el siguiente informe: Imagen vesical normal; orificios uretrales normales, viéndose eliminar orina por el O. U. I.; el cateterismo de este último fué fácil (28 cm.), consigiéndose orina clara a ritmo hidronefrósico (constante); el cateterismo del O. U. D. sólo pudo lograrse hasta 9 cm., encontrándose a este nivel un obstáculo infranqueable (acodadura, estenosis, brida cicatricial?). No dió orina por este lado. En la radiografía simple no se observó ninguna alteración, salvo una sombra renal derecha agrandada. Desde que ingresó la enferma se comenzó el tratamiento de su uremia, sin resultado; a los cuatro días de su ingreso falleció. Durante los días que estuvo en la clínica se hicieron, además, un estudio hematológico, que mostró una normalidad absoluta en la serie roja, velocidad de eritrosedimentación de 4 y una fórmula leucocitaria, en la que se contaron 12.200 leucocitos, con 64 segmentados, 7 bastonados, 25 linfocitos y 4 monocitos. La orina extraída era de reacción ácida, con indicios de albúmina, ausencia de pigmentos, sales biliares y urobilina, y en el sedimento se apreció una piuria no muy intensa, unos 5 hematies por campo y numerosas células epiteliales pavimentosas.

En la sección se encontró un derrame bilateral en cantidad de unos 100 c. c. en ambos hemitórax, vértice pulmonar izquierdo ligeramente adherido; ambos pulmones muestran edema y un pequeño enfisema, ganglios de la bifurcación antracóticos e infartados. Corazón sin alteraciones. Hígado moscado; presenta junto a vesícula unos nódulos pequeños, que hacen resalte en la superficie hepática, de color blanco y aspecto neoformativo. Vesícula: intensas adherencias a colon, uréter derecho, no sólo de la vesícula, sino también de las vías biliares. Numerosos cálculos calcáreos en su interior. Bazo duro, congestivo. Riñones muy blandos, extraordinariamente friables y con intensa degeneración cadavérica. El riñón izquierdo presenta su pelvis muy dilatada, con abundante retención de líquido, de aspecto purulento. El uréter izquierdo, cinco centímetros por debajo de pelvis, está rodeado por un tejido cicatricial que, sin embargo, no ocuye la luz del mismo. Vejiga sin alteraciones aparentes, está llena de contenido sanguinolento.

Todos los órganos tenían patentes lesiones de tipo cadavérico.

Diagnóstico.—Cáncer escirro de vesícula con metástasis en hígado.

Informe anatopatológico de vesícula.—Fenómenos inflamatorios acusados. En el espesor de la pared se observan numerosos islotes pequeños de células epiteliales, algunos con una luz central; en las células se encuentra un regular número de atipias. Hígado congestivo, con acúmulos inflamatorios en los espacios porta. En algunos puntos se encuentran metástasis, de estructura igual a las células de la vesícula. Varias zonas de parénquima demuestran infiltración grasa intensa, y en algunos puntos hay grandes necrosis. El aspecto anatómico es de un colangioma.

Se trata, en resumen, de un caso de colelitiasis, que después de un primer período de actividad, con sintomatología clínica manifiesta, ha estado durante muchos años silente, y que ha vuelto a presentar actividad en estos últimos meses; es evidente que esta última sintomatología de la enfermedad corresponde no a la litiasis, sino al carcinoma de vesícula. Nos parece, como enseñanza de este caso, señalar que los cánceres de vesícula no son tan raros como antes se pensaba, ya que en poco tiempo hemos visto varios casos; su asociación frecuente con litiasis vesicular, y por último, que cuando veamos un caso en persona de edad, que ha tenido una colelitiasis activa seguida de largos años de silencio y que de pronto entra en actividad, debemos siempre pensar en la posibilidad de que estemos en presencia de un carcinoma.

En los comentarios intervienen los Dres. GONZÁLEZ-BUENO, RODA, BARREDA y el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ.

Se comentó el aspecto clínico de la larga historia de cólicos hepáticos que presenta uremia, la cual fué interpretada como de origen mecánico, descubriéndose la litiasis renal concomitante, que confirmó la autopsia.

Otro aspecto: la relación litiasis cáncer es discutida, llegando a la conclusión de que es un tipo de cáncer de "cuerpo extraño", mucho más frecuente en mujeres, según la experiencia de esta Clínica, y en cuya génesis, aparte de la litiasis como irritante local, deben influir otros factores, herencia sobre todo, dieta, etc.

INFORMACION

MINISTERIO DE TRABAJO

Orden de 20 de junio de 1951 por la que se fijan los casos a que afectará el artículo 5.^o del Decreto de 20 de enero de 1950, relativo a las escalas de Facultativos del Seguro Obligatorio de Enfermedad. (B. O. del Estado de 1 de julio de 1951.)

Dirección General de Previsión.

Resolviendo el concurso para cubrir, con carácter provisional, plazas vacantes de Facultativos Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad, convocado por anuncio de esta Dirección General de 15 de noviembre de 1949 (B. O. de la Provincia de 15 diciembre del mismo año), en la provincia de Lugo, en virtud de la Orden de este Ministerio de 28 de abril de 1949 (B. O. del E. de 8 de mayo del mismo año). (B. O. del Estado de 10 de julio de 1951.)

HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

Cuarto curso Médico-Quirúrgico de Patología del Aparato Digestivo.

En los Servicios y Aula de los Profesores C. Jiménez Díaz y C. González Bueno, bajo la dirección de C. Jiménez Díaz, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid. Profesor de número del Hospital Provincial y Director del Instituto de Investigaciones Médicas. C. González Bueno, Profesor de número del Hospital Provincial. Jefe del Servicio Médico-Quirúrgico de Aparato Digestivo del Hospital Provincial. H. G. Mógena, Profesor adjunto de la Facultad de Medicina de Madrid, y Presidente de la Sociedad Española de Gastroenterología.

Noviembre de 1951.

Lecciones teóricas.

(Estas lecciones se darán en el Aula de los Servicios, en los días y horas que se indican.)

Lección 1.^o—"Revisión y planteamiento de los problemas actuales en Patología digestiva".—Por el Profesor C. Jiménez Díaz.—Día 2 a las doce de la mañana.

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 13 de junio de 1951 por la que se agrega y abre nuevo plazo en las oposiciones que se citan de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. (B. O. del E. de 9 de julio de 1951.)