

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 SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 20 de junio de 1953.

MENINGIOMA CALCIFICADO DEL FALX DEL CEREBRO

Doctor LEY.—Enferma J. S. E., de cuarenta y nueve años, soltera.

Esta enferma procede de la Clínica Universitaria del profesor GILSANZ y ha sido estudiada en colaboración con el doctor PALACIOS.

Desde hace años, y de tiempo en tiempo, ha tenido cefaleas de poca intensidad y corta duración.

Hace dos meses empezó a notar fiebre de hasta 38° con fuerte tos, sin expectoración, y dolor de garganta, que aumentaba con la tos. Por entonces comenzó a sufrir cefaleas intensas de localización frontal.

A los cinco o seis días desaparecieron la fiebre, la tos, etc., persistiendo la cefalea continua, pero con momentos de exacerbación, localizada en ambas sienes, frente y vertex, generalizándose a veces. Esta cefalea ha persistido hasta la fecha. Tiene también zumbidos en ambos oídos, continuos, y sin pérdida apreciable de audición. Con frecuencia la dan "mareos", con sensación de que "las cosas la dan vueltas", sin poder precisar para qué lado. Algunas veces, y sin que lo atribuya a estos "mareos", tiene cierta inseguridad en la marcha, que es vacilante, teniendo miedo a caer.

Durante este tiempo cree que se ha intensificado la pérdida de visión, que desde hace años padece, y que ha venido corrigiendo con gafas.

Ha sido siempre muy nerviosa y emotiva, padeciendo frecuentes insomnios y temblor en las manos. Ultimamente ha perdido memoria.

Hace unos quince años que comenzó a tener molestias vagas abdominales, que fueron diagnosticadas de "estómago caído", prescribiéndosela una "faja", con lo cual mejoró. Poco tiempo después reaparecieron estas molestias, asociándose acidez y dolor en el epigastrio sin ritmo horario definido. De vez en cuando tiene eructos que a veces se acompañan de expulsión de aguas ácidas. Estas molestias han continuado hasta la fecha, aumentando a temporadas, especialmente en el invierno.

Catarro y anginas, frecuentes. Gripe, todos los años.

Menarquia, a los diecisiete años (4/20), y menopausia, prematura, a los treinta y nueve.

Padre, de pulmonía, y la madre, de leucemia (?). Dos hermanos murieron siendo pequeños y uno, que vive, está internado en un manicomio.

Exploración.—Enferma bien constituida, con coloración normal de piel y mucosas.

Discreto dolor a la percusión del cráneo, más marcado en lado derecho.

Muy pronunciado arco senil. Pupilas isocóricas. Reflejos, motilidad ocular, etc., normal.

Fondo de ojos: Existe un dictamen que dice normal, pero en nuestra exploración apreciamos borrosidad.

No trastornos de la motilidad ni de las sensibilidades en todas sus formas.

Reflejos muy vivos en todas las extremidades con respuesta clonoide de los rotulianos. No Babinski.

Ligera dismetría con bradetelequinesia en brazo derecho.

Se palpa tiroides, ligeramente aumentado de volumen, de consistencia blanda.

Abdomen blando y depresible sin que se palpe nada anormal.

Corazón: Soplo sistólico suave en punta con refuerzo del II en punta y focos de base. Tensión arterial, 17/9. Análisis: J. G., 24 y 58; total, 40 y 80.

Orina, normal.

Sangre: Fórmulas y recuentos, normales.

Weimberg: Negativo antigeno líquido hidatídico, membrana y cisticercos.

M. B., — 33 por 100.

Radioscopia de estómago, normal.

Informe audiometrónico (profesor G. NÚÑEZ): "... el cuadro de la enfermedad puede etiquetarse entre los producidos por "laberinto de estasis" (hipertensión intracranal?)".

EEG.: Registro anormal, que muestra en región frontal superior derecha ritmos de cuatro por segundo. Resto actividad cerebral, normal.

Se consideró interesante un psicograma. Rorschach, de marcado matiz orgánico. No aparecen rasgos que permitan suponer una personalidad histérica.

Las radiografías simples demostraron la existencia de este tumor calcificado, bastante voluminoso y parásagital.

Sobre su naturaleza, y partiendo de su indudable benignidad, se barajaron las posibilidades de que se tratara de un quiste hidatídico calcificado, un tuberculoma o un meningioma (la sombra era demasiado densa y concreta para que pudiera ser un oligodendrogioma).

Se discutió, por último, si existía o no una indicación operatoria, inclinando en contra la edad de la enferma, su relativa buena tolerancia, la posibilidad de que fuera un quiste hidatídico calcificado y la gravedad que la intervención en sí entrañaba más la posibilidad de secuelas, concretamente una posible hemiplejia, que podía empeorar su situación.

Nosotros nos decidimos por la intervención, basándonos precisamente en ese carácter benigno, en los sufrimientos de la enferma por la intensidad de sus cefaleas, por el dictamen del profesor NÚÑEZ y por la existencia, a nuestro juicio, de una borrosidad evidente de papila, y además por valorar los síntomas psíquicos de la enferma. Síntomas progresivos que podían conducirla a cuadros graves como los presentados por otros enfermos que hemos presentado en estas reuniones y que después de haber estado incluso recluidos en centros manicomiales les fue posible volver a su vida normal tras la extirpación de sus tumores. La enferma se decidió por la intervención, y bajo anestesia general intratraqueal, tallamos un amplio colgajo parieto-frontal derecho. Amplio, por ser nuestra intención atacar el tumor lo más anteriormente posible a fin de respetar el área motora. Así lo hicimos, y transoperatorialmente, y trozo a trozo, pues dado su gran tamaño una enucleación en masa hubiera sido muy traumatizante, extiñimos en su totalidad la tumoración, quizás algo mayor que un huevo de gallina, en su mayor parte dura y crujiente; no así en las porciones más profundas, que asentaban sobre cuerpo calloso, y que eran más blandas y sanguinantes. La tumoración estaba firmemente adherida al falx, y en su parte más inferior pudimos comprobar que lo atravesaba. Se aseguró la hemostasia y cerramos por planos según costumbre.

Como la enferma tenía unas T. A. iniciales muy altas (17/9), que se elevaron en el transcurso de la inter-

vención, y especialmente el diploe era muy sangrante, nuestro anestesista rebajó aquéllas.

Es ésta una práctica que encierra un gran riesgo, a mi juicio, y a la que atribuyo dos accidentes desagradables que me han ocurrido este año aun cuando, afortunadamente, los enfermos se recuperaron.

La enferma terminó la intervención consciente y transcurrió treinta y seis horas en un estado magnífico sin trastorno alguno de conciencia ni motor. Transcurrido este tiempo comenzó a onnubilarse y poco a poco fué instaurándose una hemiparesia izquierda, más intensa en el brazo. A las cuarenta y ocho horas la enferma caía casi en coma, y entonces, seguros de la existencia de un hematoma, elevamos el colgajo, confirmado la existencia de un hematoma epidural muy voluminoso y pudiendo observar que la hemorragia provenía de la meníngea en su trayecto en el canal óseo temporal, que habíamos taponado con cera y coagulado. Hecha la hemostasia, y como el diploe sangraba bastante, para mayor seguridad sacrificamos el colgajo óseo.

La recuperación de la enferma fué bastante rápida, quedando actualmente un ligero resto de su paresia en pierna, de la que mejora cada día, y esa pérdida ósea que lamentamos, pues es un motivo de preocupación para ella, que afecta bastante a su psiquismo, sobre el que ya hemos hablado.

Pasado este verano la practicaremos una plastia.

Diagnóstico histológico (doctor MORALES PLEGUEZUELO): "Meningo-exotelioma con gran cantidad de calcificaciones. Morfológicamente, benigno."

CIRROSIS HEPATICA. ULCERA DUODENAL.

Doctor GILSANZ.—El 14 de octubre de 1952 ingresa en San Carlos A. F. M., de cincuenta y tres años, con la siguiente historia:

En el mes de mayo de 1952 comenzó con molestias localizadas en epigastrio e hipocondrio izquierdo que a veces se irradiaban en cinturón a hipocondrio izquierdo, siendo más frecuentes a las cuatro-cinco horas de haber comido, calmándose el dolor con bicarbonato. Estremecimiento de siempre. Durante el verano mejoró algo. A primeros de octubre se intensificaron los dolores: aparecían a media tarde y le duraban unas dos horas. Ocho días antes de su ingreso comenzó a observar que las deposiciones eran como la pez. Un día antes del ingreso, estando en el campo, sintió un mareo grande y seguidamente hematemesis. Fué recuperándose del mareo y pasó la noche bastante bien, a pesar de la pérdida de sangre.

En la exploración interesa resaltar la gran palidez de piel y mucosas, la existencia de un soplo sistólico en toda el área cardiaca, indudablemente anémico, y en el abdomen existe meteorismo a nivel de epigastrio; la matidez hepática está conservada y en epigastrio se palpa una masa dura situada tres traveses de dedo por debajo de apéndice xifoides que es difícil seguir por el meteorismo. La P. A. es de 10/6 con 84 pulsaciones.

Se hace un recuento de hemáticas y leucocitos que da 1.940.000 hemáticas con 40 por 100 de Hb.; 10.000 leucocitos con muy ligera neutrofilia.

Se hacen transfusiones los días 15 y 16 de 300 c. c. cada una. El día 16 la cifra de hemáticas se elevó a 2.560.000 y la Hb. a 50 por 100.

El día 19 comenzó con dolor intenso en epigastrio bastante continuo, se acentuó el malestar, habiendo tenido el día antes una moderada hematemesis, apreciándose a la exploración clínica una acentuación del meteorismo, no llegando a desaparecer la matidez hepática, sin defensa muscular, pero sí dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. La temperatura había subido el día 18 a 38,5 y el 19 tenía 39° con 110 pulsaciones. Se procedió inmediatamente a poner suero salino y glucosado, penicilina, y se consideró muy probable la existencia de una perforación, posiblemente cubierta, por lo que se ordenó que previa esta preparación de suero y una transfusión se interviniere.

En la operación, que se efectuó en las primeras horas del día 20, se comprobó una perforación en el duodeno con restos alimenticios en cavidad abdominal. Se suturó, añadiéndose a la penicilina, estreptomicina, y al día siguiente tenía 16.000 leucocitos con intensa neutrófilia, 24 neutrófilos adultos y 68 en cayado y 3.930.000 hemáticas. A pesar del tratamiento el enfermo fué empeorando, con el aspecto típico de la peritonitis; tenía oliguria, y el día 22 entró en coma, falleciendo el día 24.

El análisis de sangre, efectuado el día 23, daba 19.200 leucocitos con 96 por 100 de neutrófilos, de los cuales 62 en cayado. La orina, extraída por sondaje, tenía una densidad de 1.015 con sales y pigmentos biliares, algún hematíe aislado en el sedimento y un cilindro hialino por cada 20 campos.

Las pruebas de función hepática arrojaban un día antes del fallecimiento, cuando ya estaba en coma, tres cruces de Hanger, 8 unidades de MacLagan y 15 de Kunkel. La colinesterasa era de 53 mm. La cifra de urea en sangre fué de 2,80 el día 23 y 3 gr. el 24.

La historia breve, la ausencia de toda molestia de estómago con anterioridad a mayo de 1952, hacía sospechar la posibilidad de neoplasia gástrica, si bien las molestias tenían la periodicidad con relación a las comidas frecuentes en la úlcera. De primera intención, la masa que se palpaba en epigastrio pensamos que fuera una neoplasia. Naturalmente, el estado de anemia por la hematemesis nos impidió hacer una exploración radiológica urgente. Cuando se sospechó la perforación y se intervino se vió que la masa de epigastrio correspondía a un hígado cirrótico, con la curiosidad de que aparecía pequeño y duro en toda su extensión, salvo precisamente a nivel de epigastrio, donde sobresalía el hígado, grande, y también de consistencia dura y cirrótica. El bazo también estaba aumentado de tamaño. Era, pues, indudable la existencia de una cirrosis hepática unida a una úlcera duodenal perforada. El accidente terminal indudablemente fué debido a la peritonitis difusa aguda postperforación, pero hemos de preguntarnos si el cuadro comatoso final pudo achacarse a la peritonitis por sí o a una insuficiencia hepática. No cabe duda que la cifra tan baja de colinesterasa era sintomática del déficit hepático, pero sorprendía la escasa repercusión sobre el Hanger, MacLagan y Kunkel, la ausencia de fetor hepático y la ausencia de ictericia franca. Creemos, pues, que tanto la insuficiencia hepática como la cifra de urea tan elevada eran muy probablemente secundarias a la peritonitis y no correspondían al cuadro de muerte por coma hepático que podía sospecharse por la presencia de la cirrosis.

El estudio anatomo-patológico demostró alteraciones en el hígado, en el bazo y en el intestino. En el hígado, la estructura lobular estaba borrrada, sustituida en gran parte por nódulos de regeneración, aumento grande de tejido conjuntivo con acentuada infiltración inflamatoria y reticulina muy aumentada, incluso entre las células hepáticas.

Congestión acentuada de la pulpa del bazo; folículos escasos y pequeños; se vió un nódulo fibroso con depósitos cárnicos. En el intestino se apreció fibrosis de la subserosa con infiltración celular moderada.

Ya macroscópicamente, en la autopsia se apreció en el peritoneo exudado fibrinoso difuso.

Hemos de preguntarnos sobre la etiología de la cirrosis. El enfermo no cuenta como antecedentes más que el hecho de haber pasado fiebre de Malta el año 1934 y ser un bebedor al parecer moderado. Desde luego, el tipo de cirrosis no es el de la fiebre de Malta, que generalmente cursa con más hepatosplenomegalia, fiebre, etc. Lo más probable es que se trate, pues, de una cirrosis tipo Laennec.

La presencia de sintomatología de úlcera a los cincuenta y tres años puede interpretarse, considerando a la úlcera duodenal como segunda enfermedad en este caso, acompañante a la cirrosis hepática, que por el estudio anatomo-patológico probablemente era muy anterior. No creemos, pues, que sea mero azar la coincidencia de cirrosis y de úlcera.

SESIONES DE LOS JUEVES. — CLINICAS

Jueves 12 de noviembre de 1953.

ENTERITIS CON PANHIPOPITUITARISMO

Se trata de una enferma de treinta y cinco años, que desde hace unos cuatro o cinco años viene teniendo diarreas persistentes, pastosas, sin moco ni sangre, tanto diurnas como nocturnas, y que se acompañan de retortijones y en ocasiones de dolor fuerte, en forma de crisis, en el hipocondrio derecho.

La exploración clínica demuestra una enferma pálida, de una palidez especial, como es frecuente de ver en los enfermos con déficit hipofisario. En esta enferma, además, el eritema "ab igneo" por el brasero que se presenta en las piernas no está pigmentado, sino de un color rojizo. La auscultación de corazón y de pulmón es totalmente normal; la presión arterial, 10,5/7. No se palpa el hígado ni el bazo y tiene dolor a la palpación de la fossa ilíaca derecha. En el examen hematológico presenta 3.800.000 hemáticas, con valor globular de 0,70; leucopenia con linfocitosis y glucemia en ayunas de 0,65, que con la prueba de Albright baja a 0,40. La eliminación de los 17-cetosteroideos es de 9 mg. y el metabolismo basal de -5 por 100. La exploración radiológica muestra una típica imagen de enteritis.

Intervienen en la discusión los doctores RODA y MARINA; este último presenta a la enferma, los cuales, junto con el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, concluyen en la existencia de una enteritis similar a la que se observa en la celiaquía, y que cursa con los rasgos de los enfermos panhipopituitarios. Es posible que las crisis dolorosas del hipocondrio derecho correspondan a la existencia de litiasis por infección ascendente. En este sentido la enferma debe de ser estudiada, determinando además la eliminación de la grasa en las heces.

GOTA URICA

Enfermo de cincuenta años, que hace tres años sufrió un trauma en la articulación metatarso-falángica del lado derecho y entonces se hinchó esta articulación con gran dolor. Desde entonces este dolor ha repetido cada dos o tres meses con las mismas características, quedando en los intervalos completamente bien. Hace un mes sufrió un dolor en la región renal derecha con irradiación hacia genitales y al tiempo molestias para orinar. En su juventud padeció blenorragia.

Constitucionalmente el enfermo es pícnico, con buen color de la piel y de las mucosas. La auscultación y exploración radiológica del pulmón y corazón es completamente normal. La presión arterial, 16/9. En abdomen no se palpa nada anormal. El examen hematológico no presenta alteraciones y la velocidad de sedimentación es normal. La uricemia es de 9,7 mg. por 100. En las radiografías de los pies se observa únicamente decalcificación, pero sin observarse imágenes típicas de gota. El enfermo es presentado por los doctores FRANCO y ESCALADA con el diagnóstico de gota urica con infarto renal.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA

Enferma de cincuenta y cinco años, que viene a la Clínica con una ictericia muy profunda, contando la siguiente historia: Hace siete años presentó dolor en el hipocondrio derecho, de gran intensidad, que duró unas cuantas horas. Luego quedó bien, pero hace dos años se ha repetido de nuevo el dolor con semejantes características y de nuevo ha repetido hace dos meses, pero desde entonces presenta ictericia progresiva con intensos picores. En estos dos meses ha perdido unos 20 kilos de peso. De niña padeció viruela y sarampión. Los antecedentes familiares carecen de interés.

La exploración de pulmón y de corazón es negativa. Presión arterial, 15/8. En el abdomen es posible la existencia de ascitis. El hígado se palpa a cuatro traveses de dedo, de consistencia media. No se palpa el bazo. A rayos X, el estómago y el duodeno presentan aspecto normal. Las pruebas de función hepática (Hanger, Kunckel y McLagan) son negativas. La colemia es de 16 miligramos, casi toda ella directa. Colinesterasa de 72 unidades. No hay urobilina en la orina. Anemia de 3,5 millones con 14.000 leucocitos y neutrófilia con desviación a la izquierda. La velocidad de sedimentación es de 70 a la primera hora.

La enferma es presentada por el doctor MINÓN e intervienen en la discusión los profesores GILSANZ y JIMÉNEZ DÍAZ. Se discute la posibilidad de una obstrucción caecal o bien neoplásica. En favor de la obstrucción neoplásica estaría el que la obstrucción es muy completa; sin embargo, extraña el hígado tan grande, que habría más en favor de un proceso infeccioso; además, en favor de esto último está la leucocitosis y el gran aumento de la velocidad de sedimentación. Además, la historia de la enferma es larga: cabe la posibilidad que sobre una litiasis anterior se haya instalado una neoplasia.

MIELOMA

Enfermo de cincuenta y cuatro años, que hace tres meses, encontrándose bien, sintió un dolor agudo en la región esternal acompañado al tiempo de fiebre alta. Poco más tarde, también bruscamente, sufrió dolor en el muslo izquierdo, con fiebre intensa, que duró unos días. Más tarde ha tenido un dolor, con caracteres semejantes, localizado en el surco mamario izquierdo. Desde el comienzo de la enfermedad se encuentra muy cansado, tiene anorexia, epistaxis y pérdida de siete kilos de peso.

Los antecedentes personales y familiares carecen de interés.

El comienzo brusco de la enfermedad, y con los dolores tan intensos acompañados de brotes febriles, hace pensar en una osteomielitis por sepsis o por infección específica tal como una Malta.

El enfermo está pálido y no presenta adenopatías. Dolor a la presión en el esternón a nivel del V espacio, en cuyo punto se aprecia una prominencia. No se palpa el hígado ni el bazo. El resto de la exploración es completamente negativa. Anemia de 2,5 millones con velocidad de sedimentación de 100 en la primera hora. En la punción esternal existe aumento de células plasmáticas. Las proteínas totales son de 9,5 con 8 g. de gamma globulina. La radiografía de cráneo es normal, pero en la de esternón se aprecia un proceso intensamente destructivo.

El doctor FERNÁNDEZ CRIADO presenta al enfermo con el diagnóstico de mieloma con comienzo agudo y febril. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ pone en relación la historia del enfermo, que es similar a un proceso infeccioso, con la discutida etiología vírica del mieloma.

NEURITIS DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

Enfermo de veintiséis años, que en 1945 presentó escalofríos con dolores articulares y desde entonces notó agarrotamiento de la pierna izquierda, y más tarde de la derecha, con disminución progresiva de la potencia muscular en las mismas, que al tiempo le han adelgazado. No ha presentado trastornos sensitivos ni de estínteres.

En la exploración es un enfermo bien constituido y con buen color. Sin apreciarse nada anormal en la auscultación de corazón y pulmón. En abdomen no se palpa nada anormal.

Estepage con parálisis fláccida y disminución de los rotulianos y aquileos. Babinski en el lado izquierdo. No hay alteraciones de la sensibilidad. En la punción lumbar no hay bloqueo. Proteínas totales, 23 mg. Reacciones de globulinas, negativas. Dos células. Wassermann, negativo.

Jueves 19 de noviembre de 1953.

QUISTE HIDATIDICO DE LA BASE IZQUIERDA

Enferma de cincuenta y dos años, que en junio de 1952 apreció bruscamente la aparición de un dolor en la escápula izquierda, el cual duró varias horas. En junio pasado volvió a repetirse con igual sintomatología, quedando después bien. No ha tenido fiebre, tos ni expectoración.

Los antecedentes personales y familiares carecen de interés.

Enferma con constitución normal. Piel y mucosas bien coloreadas.

Por percusión se aprecia disminución de la sonoridad en la base izquierda con abolición del murmullo a ese nivel. En corazón, tonos puros en la punta. Timpanismo del segundo tono aórtico. Presión arterial, 13/9. La palpación abdominal no muestra nada anormal. En los análisis de sangre no existen alteraciones; la cifra de eosinófilos es de 3. La velocidad de sedimentación, de 34 de índice. Orina, normal. En la radiografía de tórax se observa el hemidiaphragma izquierdo abombado por un proceso supradiafragmático y de aspecto redondeado, que debe ser, según la opinión del doctor FERNÁNDEZ CRIADO, que presenta a la enferma, un quiste hidatídico del seno posterior de la base izquierda. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ está de acuerdo con este diagnóstico y señala que debe realizarse la reacción de Cassoni y de desviación de complemento, pero que cualquiera que sea su resultado la enferma debe de ser intervenida.

SINDROME DE CHIARI

Enfermito de nueve años, que nació en parto normal, y que ha estado bien hasta hace meses, que empezó a tener edemas de pies con aumento del tamaño del vientre y fiebre. Los médicos indicaron que tenía una cirrosis y le trajeron con diuréticos, con lo cual orinaba mucho, mejorando de sus edemas y ascitis. El desarrollo del niño es inferior al de su edad, con ascitis libre y circulación colateral muy intensa, observándose en la cara algunas zonas de telangiectasias. En la punta se ausulta un soplo sistólico suave. Pulmón, normal. El hígado se palpa duro, a unos cuatro traveses de dedo, con borde cortante, que se desplaza bien. El bazo se palpa aumentado unos dos traveses de dedo. En sangre, anemia de 2,8 millones, con leucopenia de 4.200 y linfocitosis. Velocidad de sedimentación, 28. Orina, normal. Hanger de tres cruces y Kunkel y McLagan positivos. Colinesterasa de 247. Electrocardiograma, normal.

Desde luego, por el síndrome clínico puede desecharse completamente el diagnóstico de pericarditis. El enfermito, que es presentado por los doctores ROMERO y ORTEGA, puede asegurarse que padece un síndrome de obstrucción venosa en el que aumenta la presión en la porta y al tiempo en la cava inferior, ya que presenta al principio intensos edemas de las piernas. Debe tratarse de la obstrucción de la suprahepática o síndrome de Chiari. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ acepta el diagnóstico y señala que este síndrome no es tan raro como se veía admitiendo. La experiencia de la clínica ya es bastante numerosa. Lo difícil en este caso es señalar la etiología. Unas veces es la consecuencia de una medias-tinitis sifilitica, de tal forma que antes, cuando la sífilis era más frecuente, no era raro ver estas formas. En otras ocasiones se trata de tumores que pueden

comprimir la suprahepática; en los niños, el tumor más frecuente que origina este cuadro es el linfosarcoma. Otras veces se trata en cambio de un dispositivo congénito; la mayoría de las veces, la existencia de un verdadero cavernoma de la suprahepática, en cuyo caso estas venas ofrecen en su desembocadura en la cava múltiples orificios, como una regadera. En tales casos, los síntomas aparecen a los cuatro o cinco años, como ha ocurrido en este niño, cuya causa de su síndrome posiblemente es uno de estos cavernomas de la suprahepática. Debe de hacerse en este enfermo una flebografía.

RAQUITISMO RENAL

Enfermo de cinco años, que a los tres meses del nacimiento presentó una intensa erupción en la cara. A los diez meses notaron que tenía una sed intensa, bebiendo a esta edad hasta cinco vasos de agua al día; incluso por las noches, en un descuido, ha llegado a beberse su propia orina. Desde entonces continúa con intensa sed y poliuria. A los dos años se le empezó a deformar la pierna derecha y poco más tarde la izquierda, estando ambas en la actualidad francamente arqueadas.

El niño presenta una coloración pálida, como la que presentan los enfermos que padecen de esclerosis renal. Las piernas en X. En las radiografías de las rodillas se observa un típico raquitismo. En las pielografías la vejiga aparece normal y los cálices muy dilatados, sin presentar el aspecto que ofrecen las dilataciones pielíticas u obstructivas. En la orina, la densidad es de 1.005; indicios de albúmina; no hay glucosa. Sedimento, algunos leucocitos. Hematies, 2.900.000, sin alteraciones de la fórmula. La prueba de descarga ureica es muy baja, de 7 por 100. Urea en sangre, 3 gr. La cifra de calcio es de 9 mg. por 100 y elimina en veinticuatro horas 28 mg. de calcio. Reserva alcalina, 42,2 por 100. Curva de glicemias, diabetoide. La cifra de potasio es ligeramente elevada: 22 mg.

Los doctores ORTEGA y ROMERO presentan el enfermo y concluyen con el profesor JIMÉNEZ DÍAZ que se trata de una forma de raquitismo renal congénito y que el enfermo debe de ser ingresado para estudiar bien su metabolismo iónico.

POLICIRROSIS

Enferma de cuarenta y ocho años, que en agosto de 1941 presentó fiebre elevada, haciendo simultáneamente una deposición negra. Los médicos que la vieron le indicaron que tenía el hígado aumentado de tamaño y diagnosticaron la existencia de una neoplasia. Desde entonces ha venido encontrándose bastante bien, aunque de vez en cuando presenta diarrea de cuatro o cinco deposiciones y ha tenido una úlcera en una pierna que no cicatriza, por cuyo motivo le hicieron un análisis de orina y demostraron la extensión de glucosa.

No presenta enfermedades anteriores. Un hermano murió de afección hepática y otro de diabetes.

El hígado está muy aumentado de tamaño, unos ocho traveses de dedo, y el borde y su superficie son muy duros. El bazo se palpa unos tres traveses de dedo por debajo de la arcada costal. No presenta ascitis ni circulación colateral. En sangre, 2.330.000 hematies con 39 de velocidad de sedimentación y recuento de blancos y fórmula normal. En orina, 20 gr. por 1.000 de glucosa sin otras alteraciones. La reacción de Hanger es de dos cruces y la cantidad de amilasa en orina de 200 unidades. A rayos X el estómago es normal.

La enferma es presentada por el doctor LÓPEZ GARCÍA, quien junto con el profesor JIMÉNEZ DÍAZ señala que es un cuadro de cirrosis con diabetes, por cuyo motivo debe pensarse en una diabetes bronccea, aunque en realidad falta el típico color, que no es por otro lado obligado para establecer el diagnóstico. El hígado tan grande hizo pensar en la posible existencia de un quis-

te, pero no puede dejar de olvidarse que en contra de esto está la existencia de un bazo aumentado de tamaño. Se trata, por tanto, de una cirrosis hepática con cirrosis pancreática, un verdadero cuadro de policirrosis, y deben de hacerse pruebas para demostrar la existencia de aumento de hierro en sangre y la de Fisback para demostrar si hay acúmulo de pigmento férreo en la piel.

DIVERTICULO SIGMOIDEO

Enfermo de cincuenta y siete años, que viene a la consulta aquejando astenia con sensación de mareo en ocasiones y al tiempo crisis de dolor abdominal desde hace cuatro meses que son bastante intensas: empiezan en la fossa iliaca izquierda y luego se irradián al resto del abdomen sin sensación de gorgoteo ni de formación de bultos. Estas crisis, que duran un tiempo variable, se acompañan unas veces de estreñimiento y otras de crisis de diarrea. Una vez que pasan, el enfermo se encuentra bien y hace su vida habitual. Los antecedentes personales y familiares carecen de interés.

El enfermo presenta un aspecto normal. La exploración de corazón y pulmón son también normales. Presión arterial, 12/8. En abdomen no se palpa nada anormal ni hay dolor en ninguna zona. Hematies, 4.820.000. Fórmula y recuento, normales. Velocidad de sedimentación de 2. Hemorragias ocultas, negativas. Reacción de Fey, negativa.

A rayos X se observa en el asa sigmoidea la existencia de una probable estenosis. El enfermo es presentado por el doctor CENTENERA, quien junto con el doctor MOGENA y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ consideran que, aunque el aspecto radiológico es de estenosis, en un determinado punto extraña los bordes tan nitidos de la misma, y sobre todo la no existencia de dilatación por

encima de la misma. Es posible que en otras incidencias puedan verse más detalles y que se trate de un divertículo, ya que el proceso es muy tolerado.

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DE LA HEPATITIS EPIDEMICA

Enfermo de veinticinco años, que hace un mes, de pronto, perdió la fuerza del brazo derecho y al tiempo no podía articular bien la palabra. A las pocas horas se encontraba bien, pero el mismo accidente repitió tres veces más en el curso de veinticuatro horas.

El enfermo no ha tenido otras enfermedades, pero a los pocos días del accidente se puso algo amarillo y en la exploración se demostraba la existencia de un bazo palpable que luego, a medida que ha desaparecido la ictericia, se ha ido reduciendo de tamaño.

La presión arterial es normal y no se ausculta nada anormal en los focos cardíacos.

Se pensó en un principio en una trombosis de la carótida interna, pero una arteriografía mostró unos vasos totalmente normales.

La exploración analítica en el momento presente es normal.

El enfermo es presentado por el doctor VARELA e intervienen en la discusión los profesores GILSANZ y JIMÉNEZ DÍAZ. Se considera la brevedad y repetición de los accidentes neurológicos, que no han dejado ninguna secuela. Por otro lado, la exploración en el momento presente es totalmente negativa. No puede olvidarse que en el momento de sufrir estos accidentes el enfermo tenía una ictericia que estaba en su iniciación y que el hígado y el bazo estaban aumentados de tamaño. Posiblemente, el mismo virus de la hepatitis desencadenó una encefalitis, hecho que por lo demás está descrito.

INFORMACION

ADMINISTRACION CENTRAL

Dirección General de Sanidad.

Convocando concurso de antigüedad para provisión en propiedad de las plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que se citan. (*Boletín Oficial del Estado* de 7 de abril de 1955.)

EDUCACION NACIONAL

Convocando concurso-oposición para cubrir la plaza de Articulador-Armador de la Facultad de Medicina de Madrid. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de abril de 1955.)

TRABAJO

Dirección General de Previsión.

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Granada. (*Boletín Oficial del Estado* de 4 de abril de 1955.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad

en las provincias de Guadalajara, Guipúzcoa y Murcia. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 y 9 de abril de 1955, respectivamente.)

XII CURSO MONOGRAFICO DE UROLOGIA PARA POSTGRADUADOS SOBRE

Cirugía conservadora urinaria.

Por los Médicos del Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, con la colaboración del Profesor Cibert, de Lyon, y del Profesor Carneiro de Moura, de Lisboa (mayo de 1955).

El presente Curso tendrá lugar los días 16 al 21, ambos inclusive, del mes de mayo de 1955, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Al finalizar este Curso Monográfico, los inscritos podrán seguir un periodo de especialización urológica trabajando en los diferentes departamentos clínicos del Servicio de Urología.

Los inscritos, en condición de Médicos Asistentes, realizarán prácticas de exploración clínica, radiográfica y endoscópica durante los meses de mayo y junio, y durante los meses de julio, agosto y septiembre les será encargada la asistencia de pacientes hospitalizados bajo el control del Médico-Jefe de Sala; también asistirán en calidad de ayudantes de campo a las intervenciones