

de hueso y de fibrosis, LICHTENSTEIN y JAFFE señalan la presencia ocasional de islotes cartilaginosos, células gigantes o células xantomatosas. DENKO y PERRIN describen un caso con lesiones radiológicas de aspecto quístico y en el que la biopsia reveló la existencia de abundantes células esponjosas xantomatosas; en opinión de los autores citados, la demostración de este tipo celular en biopsias de hueso con aspectos quísticos es un dato que habría muy en favor de que se tratase de una displasia fibrosa poliostótica.

La utilidad diagnóstica de la biopsia sería muy considerable, ya que existen muchos casos sin más manifestaciones que las óseas. LICHTENSTEIN y JAFFE han hecho notar que sólo 32 de los 90 casos analizados por ellos tenían pigmentaciones cutáneas anormales y sólo 20 enfermos mostraban signos de anomalía endocrina. No diagnosticar más casos de displasia fibrosa poliostótica que aquellos en los que coexiste la alteración ósea, la madurez precoz y la pigmentación cutánea, supone dejar sin etiquetar un considerable número de casos de este oscuro proceso.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F., BUTLER, A. M., HAMPTON, A. O. y SMITH, P.—*New Eng. J. Med.*, 216, 727, 1937.
DENKO, J. V. y PERRIN, T. L.—*A. M. A. Arch. Path.*, 59, 457, 1955.
LICHTENSTEIN, L.—*Arch. Surg.*, 36, 874, 1938.
LICHTENSTEIN, L. y JAFFE, H. L.—*Arch. Path.*, 33, 777, 1942.
McCUNE, D. J. y BRUCH, H.—*Am. J. Dis. Child.*, 54, 806, 1937.

VALOR DE LA TOMOGRAFIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS CALCIFICACIONES VALVULARES EN EL CORAZON

La tomografía es una exploración sencilla y no modesta para el enfermo y que puede proporcionar datos

sumamente valiosos para el enjuiciamiento de las lesiones cardíacas. La demostración de calcificaciones indica la presencia de alteraciones profundas en las válvulas, alteraciones que se acompañan corrientemente de insuficiencia y muchas veces también de estenosis. SOLOFF y ZATUCINI han demostrado que no existe una calcificación aislada de las válvulas, sino asociada a lesiones inflamatorias y necróticas. Por otra parte, es muy frecuente la coexistencia de lesiones valvulares múltiples y la exploración clínica es a veces incapaz de descubrirlas; contribuye a esta dificultad la casi imposibilidad de apreciar los distintos soplos separados que pueden coexistir y la variación de los mismos con el estado de compensación dinámica de la lesión.

SOLOFF, ZATUCHNI y FISHER sostienen que la planografía puede tener tres misiones fundamentales en la clínica cardiológica: descubrir lesiones multivalvulares no sospechadas, revelar calcificaciones valvulares en casos no explicados de hipertrofia cardíaca y valorar el estado circulatorio de enfermos mitrales antes de la operación. La presencia de calcificaciones en la mitral supone peores perspectivas para la operación, ya que suele quedar bastante regurgitación ulteriormente. Por otra parte, en tales enfermos es mayor el riesgo de complicaciones tromboembólicas inmediatamente después de la intervención.

La posibilidad de demostrar por tomografía las calcificaciones es bastante frecuente. Las calcificaciones se delimitan perfectamente y su situación suele ser fácil de determinar. SOLOFF y cols. han estudiado 31 casos de enfermos candidatos a la comisurotomía mitral. De ellos, han observado calcificación de la válvula mitral sola en nueve casos, de la mitral y aórtica en nueve, de la mitral y aurícula izquierda en tres casos y solamente de la válvula aórtica en otros cinco enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- SOLOFF, L. A., ZATUCHNI, J. y FISHER, H.—*Circulation*, 9, 367, 1954.
SOLOFF, L. A., ZATUCHNI, J. y FISHER, H.—*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 95, 219, 1955.

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

Jueves 26 de noviembre de 1953.

RADICULITIS

Enfermo de veintitrés años procedente de la Policlínica de los doctores ROMEO y ORTEGA, que cuando era pequeño le cayó un peso en el pie derecho y a los cuatro años experimentó una debilidad en ambas piernas y calambres que duraron tres años. Luego estuvo mejor unos meses, pero volvió a recaer con igual sintomatología, viniendo ahora a la consulta por estas molestias que tiene de debilidad en las dos piernas y sensación parestética en las mismas.

En la exploración es un enfermo bien constituido, con buena coloración de la piel y de las mucosas. La columna vertebral muestra buena movilidad y no hay dolor al golpeteo. En la pierna izquierda hay una atrofia marcada que también existe en la derecha, pero menos

intensa. El pie izquierdo está excavado. Los rotulianos están bilateralmente conservados, aunque el izquierdo es más débil. Los aquileos están abolidos en ambos lados. No hay Babinski. La sensibilidad es normal. No presenta alteraciones neurológicas en las extremidades superiores. La punción lumbar muestra una presión de 16 cm. sin existencia de bloqueo. En el líquido, de aspecto claro, hay 5 células y la reacción de Pandy, de dos cruces, con 28 mg. de proteínas totales. La curva de oro está ligeramente desviada a la izquierda. No presenta alteraciones hematológicas y la orina es también normal. Las radiografías de la columna, en posición anteroposterior y lateral, no muestran alteraciones.

Interviene en la discusión, junto con los doctores ROMEO y ORTEGA, el doctor OBRADOR y el profesor JIMÉNEZ DIAZ. El pie excavado parece un pie paralítico, ya que no puede hablarse de un Fiedreich por la existencia de calambres y parestesias. Igualmente no cabe pensarse

en amiotrofia de tipo Charcot-Marie por la existencia de las mismas parestesias y por tener además indemnes las extremidades superiores. Reinterrogado el enfermo y sus familiares se demuestra que ya tenía deformado el pie antes del trauma y todo parece inclinarse hacia la existencia de una neuritis periférica por afectación más bien de tipo radicular, ya que hay que tener en cuenta que tiene un Pandy de dos cruces y alteraciones en la curva de oro. El doctor CENTENERA considera que pueda tratarse de un neurinoma, ya que el enfermo tiene una mancha de color café con leche. Debe realizarse, por lo tanto, una mielografía para excluir esta posibilidad.

PERITONITIS TUBERCULOSA CON DERRAME QUILOSO

Los doctores ROMEO y ORTEGA presentan un enfermo de treinta y tres años, de profesión lechero, que hace cuatro años, estando antes bien, sufrió un dolor en el costado derecho con fiebre y al tiempo expectoración hemoptoica en pequeña cantidad. Le pusieron un tratamiento con antibióticos y en pocos días se encontró bien y así ha seguido hasta que hace unos meses empezó con aguas de boca y estreñimiento y hace veinte días apreció edemas de los pies con fiebre de 41, molestias difusas del vientre e hinchazón del mismo motivo, por el cual viene a la consulta.

Los antecedentes familiares carecen de interés. Tuvo un chancre hace cinco y trató con Neo, con lo que se negativó el Wassermann.

El enfermo está algo pálido; en el tórax y en el corazón no se ausulta nada anormal, pero el abdomen está distendido con circulación colateral y ascitis a mediana tensión. Se palpa el hígado aumentado dos traveses de dedo, pero no se palpa el bazo. El examen de sangre demuestra hematies de cuatro millones, 10.200 leucocitos con fórmula normal. Velocidad de sedimentación de 14. Las pruebas de función hepática (Hanger, Kunkel, McLagan y colinesterasa) son normales. Colemia de 0,6 mg. por 100. Proteínas totales de 3,3 gr. por 100. con cociente de 1,79. En estómago y en pulmón, a rayos X no se observa nada anormal. Se practicó una punción ascítica que demostró la presencia de un líquido de aspecto lechoso. Nueva punción en otra zona no demostró más que un líquido con aspecto ambarino. No se conoce todavía el resultado del análisis de estos líquidos.

Intervienen en la discusión de este enfermo, junto con los doctores ROMEO y ORTEGA, los doctores BARREDA y OYA y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ. Se recuerda un caso semejante observado en la clínica cuya etiología era tuberculosa y tenía un derrame pleural del mismo aspecto quílico. Probablemente el derrame quílico se hace a través de la lesión de los ganglios con retracción secundaria de los quílicos.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR LITIASIS

Una enferma de sesenta y tres años, que hace tres meses empezó con un dolor localizado en el epigastrio, y se irradiaba al hipocondrio derecho y vómitos intensos. Esto duró unas cuantas horas, quedando después bien; pero a los pocos días de nuevo repitió un dolor semejante en intensidad, pero después del mismo quedó una ictericia la cual no ha desaparecido en la actuali-

dad, sino que ahora está más acentuada. Las heces no son acólicas; la orina está muy coúrica. En todo este tiempo ha perdido 14 kilos de peso. No tiene apetito, aunque lo que toma le sienta bien.

Su marido murió de cirrosis hepática. El padre murió de neumonía y la madre de afección cardiaca. Sus antecedentes personales carecen de interés.

La enferma está demacrada con intenso tinte icterico. La faringe es normal. No se ausulta nada en el pulmón. Los tonos cardíacos son puros; el pulso ritmico, a 80, y la presión arterial, 15/9. En el abdomen se palpa el hígado aumentado de tamaño unos tres traveses de dedo y doloroso; su superficie es regular. Se palpa el polo inferior del bazo. La exploración radiológica de estómago y duodeno no demuestra nada anormal. Hematies, 3.800.000. Leucocitos, 10.500, con fórmula normal. La velocidad de sedimentación es de 52. Hanger, negativo. Colemia de 11 mg., de los cuales 7,6 son directa. Colinesterasa de 287. Reacción de Schmidt, positiva. En el sondaje de vesícula no se obtiene bilis B. Colecistografía con contraste: la vesícula no se llena.

La enferma es presentada por el doctor MARINA, quien cree que se trata de una ictericia obstructiva por cálculo con infección secundaria, y así se explica el aumento de la velocidad de sedimentación y el aumento de tamaño del bazo. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ señala que en tales casos el aumento del bazo es del mismo mecanismo a como se infarta un ganglio correspondiente a un determinado territorio. El bazo sería el ganglio del hígado. En favor de que en este caso la cosa es así habla además que en el curso de los días con un tratamiento con antibióticos ha desaparecido la ligera esplenomegalia.

EPILEPSIA CON CRISIS ABDOMINALES

Enfermo de diecisiete años, que al año se cayó de cabeza, dándose un fuerte golpe, quedando después bien sin ninguna molestia, hasta que dos años más tarde, cuando tenía tres, empezó a sufrir unas crisis en las que se quedaba parado, con la mirada fija durante unos momentos, sin caer al suelo. A los siete años estas manifestaciones empezaron ya a seguirse de pérdida de conciencia, con caída al suelo y espuma por la boca con relajación de esfínteres. Estas crisis han aumentado de frecuencia últimamente, y desde hace cinco años sufre, además de dolor en la fosa ilíaca izquierda, intensos ruidos de tripas sin deposiciones líquidas. Las molestias abdominales aumentan considerablemente momentos antes del ataque.

La exploración muestra un enfermo normalmente constituido, con buen color de la piel y de las mucosas. La exploración de pulmón es normal. Corazón con tonos puros. Presión arterial, 12/8. La exploración abdominal, tanto clínica como radiológica, no demuestra ninguna anormalidad. El análisis hematológico muestra cifra normal de hematies y de leucocitos. En el electroencefalograma se observan ondas de tipo pico onda lenta en las regiones temporales. Una neumoencefalografía no demuestra nada anormal. El enfermo es presentado por el doctor PARRA, e interviene en la discusión el doctor OBRADOR y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, los cuales consideran que puede tratarse de una epilepsia con foco temporal, aunque en contra de que los dolores abdominales fueran de origen epiléptico está el hecho de que muchas veces el dolor es muy continuo.