

des V und XI Thorakalsegments, IV und V Zervikalsegments und Kopfmarg. Bei jedem dieser Fälle werden die Möglichkeiten studiert ein Reizphänomen auszulösen.

RÉSUMÉ

On applique l'idée personnelle de l'auteur à différents types de douleurs; à la douleur somatique profonde; à la douleur indiquée et qui, d'après l'auteur est produite par des foyers microscopiques d'excitation en forme de plombs de chasse, atteignant des neurones non connec-

tées directement avec le point stimulé. Il considère que l'unique douleur appendiculaire possible est celle de la région épigastrique; celle de la fosse iliaque droite ne serait qu'une douleur périappendiculaire, qui, en se produisant conduit par inhibition à la disparition de la douleur épigastrique.

Dans les douleurs de la région hépatique, il se formeraient différents foyers d'excitation sous forme de plombs de chasse à niveau des V et XI dorsales, IV et V cervicales et dans le bulbe rachidien.

On étudie dans chaque cas les possibilités de provoquer un phénomène d'excitation.

NOTAS CLÍNICAS

TUMORACION TIMICA Y SU CURACION TRAS TORACOTOMIA

P. DE LA BARREDA, C. M. BORDÍU, R. ALCALÁ,
R. ORTEGA y V. RÍOS.

Instituto de Investigaciones Médicas y Clínicas.
Clínica de la Concepción.

Se trata de la enferma María C. R., de cincuenta y un años de edad, que ingresa en nuestro Servicio refiriendo la siguiente historia:

Hace dos años, y encontrándose previamente bien, comenzó con dolores generalizados por todo el cuerpo, malestar general, cansancio, anorexia e hinchazón de tobillos y pies, sobre todo vespertina, que le desaparecía con el reposo. Al mismo tiempo notaba una molestia vaga, como de hinchazón, en el estómago, que le subía por detrás del esternón a la garganta, que la oprimía y fatigaba, pero sin hacerle debo ver nada. A veces se le descompone el vientre, teniendo diarreas con gran movimiento y ruido de tripas, pero que sólo le duraban uno o dos días, y se le quitaban espontáneamente. No tenía fiebre ni tuvo hemoptisis. No disnea de reposo ni tampoco a los esfuerzos corrientes, apreciándosele ésta solamente cuando hacía algún ejercicio muy violento.

Hace cuatro o cinco meses comenzó a notar que la sensación molesta retroesofágica se convertía en una verdadera disfagia y la astenia se le hacía más intensa. Fué explorada radioscópicamente y se apreciaron que tenía "una sombra al lado del corazón". Como la sintomatología no sólo no mejoraba, sino que iba en aumento, la enferma viene a nuestro Servicio para ser explorada y tratada.

En la exploración física nos encontramos con una enferma bien constituida, con buena coloración de piel y de mucosas, pupilas isocóricas y normorractivas. En cuello no se palpan adenopatías ni se aprecian saltos vasculares.

En la exploración del tórax apreciamos que curiosamente el corazón está enormemente desviado en su la-

tido de punta, que imita un dextrocardia, latiendo en el lado derecho, siendo el foco de mayor auscultación de la punta junto al borde del esternón. En toda el área de la matidez se oyen los tonos cardíacos muy apagados.

Por auscultación del pulmón nos encontramos con una respiración soplante en el pulmón izquierdo, en el plano posterior, y la percusión permite apreciar una matidez en el hemitórax izquierdo, que ocupa la base de dicho pulmón, y se percute también en el flanco izquierdo.

El estudio radiográfico y tomográfico, que mostramos en las figuras 1, 2, 3 y 4, descubre la existencia de una tumoración, en plano anterior del mediastino, con la forma que se ve en las radiografías.

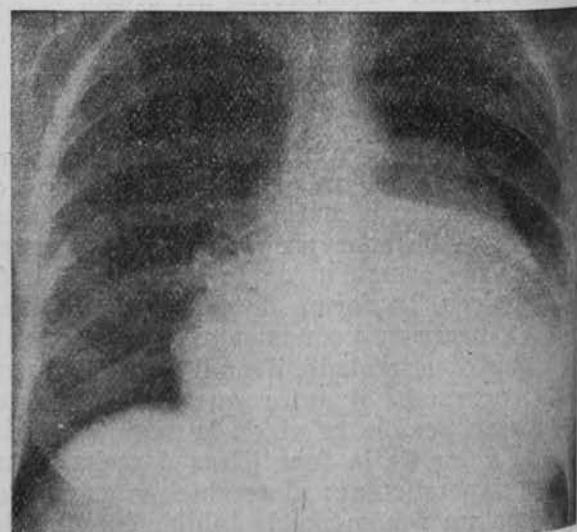


Fig. 1.

La exploración electrocardiográfica demuestra un corazón en posición vertical con extrasistolia ventricular. La exploración hematológica permite apreciar una discreta anemia de 4.000.000 de hematies, que en posteriores determinaciones disminuye hasta 3.820.000; una ve-

locidad de índice de 16 y la médula ósea no arroja ninguna anormalidad en la celularidad de la misma.

Realmente, ante este cuadro, se imponía el diagnóstico

más probable, aun cuando tampoco había que eliminar el que se tratara de un quiste dermoide o de una formación quística de otro origen, por ejemplo, de una hi-



Fig. 2.

tico diferencial entre una serie de procesos. Ante todo, era preciso averiguar si la formación mediastínica ocupaba el plano anterior o el posterior del mediastino.

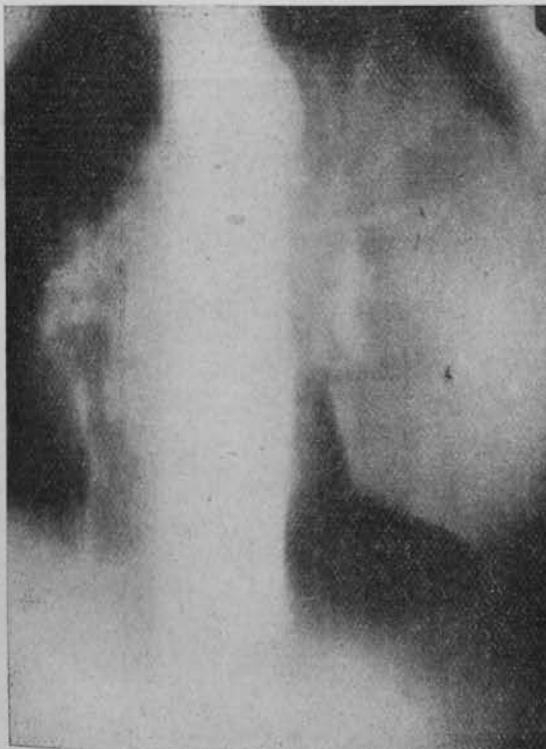


Fig. 3.

Toda vez que en las tomografías y en las radioscopias laterales se pudo apreciar que no se encontrábamos en frente de un proceso de mediastino anterior; el diagnóstico oscilaba entre la posibilidad de un timoma, como

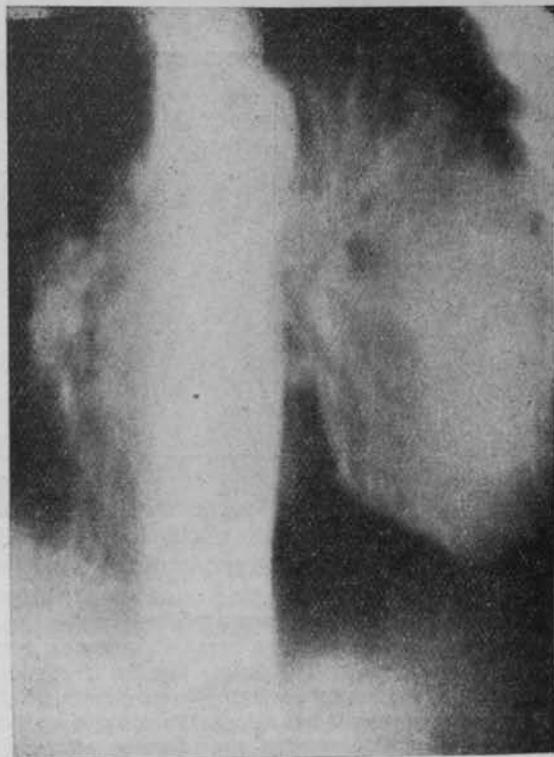


Fig. 4.

datidosis. En cualquier caso, el aspecto del proceso era de bastante benignidad y el tratamiento, quirúrgico.

La enferma fué intervenida y se extirpó la masa tumoral, siendo tanto la operación como el postoperatorio completamente exento de complicaciones y muy favorable.

Al microscopio la tumoración mediastínica es marcadamente uniforme; a muy poco aumento se ve que consta de cápsula gruesa de la que parten ríacos tabiques o fascículos conectivos, distribuidos con regularidad, entre los que quedan grandes espacios uniformes repletos de células. Examinadas éstas a mayor aumen-



Fig. 5.

to, se las advierte de dos clases: unas, menores, de núcleo oscuro, agrupadas mejor que en fascículos en bandas, de preferencia cerca de los bordes robustos de la armazón; otras, mayores, de aspecto reticular, a veces

de núcleo fusiforme; otras, que tienen las más variadas formas, tienen poca y uniforme cromatina y nucleolo más bien pequeño. La reticulina no es muy abundante; parte de los vasos y se irradia, constituyendo red de irregulares mallas invadiendo los espacios entre las cé-

linforreticular y malignidad más bien baja (figs. 5, 6, 7, 8 y 9).

La enferma tuvo un postoperatorio muy bueno, durante el cual fué sometida a radioterapia, y fué dada de alta con completa remisión de sus síntomas de aste-

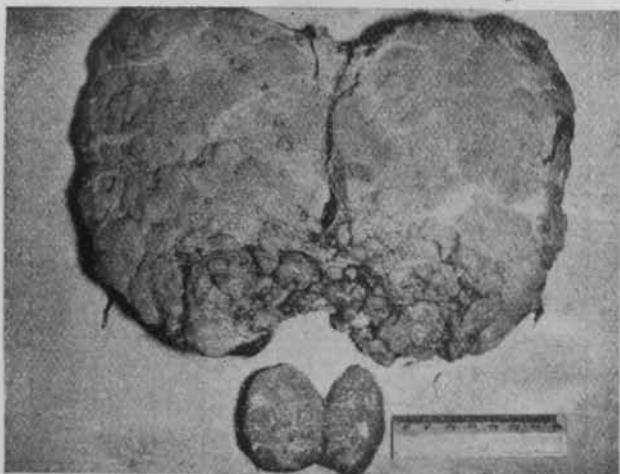


Fig. 6.

lulas de modo que no se formen alvéolos o nidos que no los contengan. En raras ocasiones, en algunos cortes impregnados por plata quiérense, pueden reconocerse algunas células de remota reminiscencia epitelial. Las mitosis no son muy abundantes, algunas con carácter atípico, como también pueden considerarse atípicas las más dismórficas de las células reticulares. La zona próxima al quiste es como el resto de la neoformación. El tumor organoide recuerda bastante la estructura del timo, y la conclusión a que llega el doctor MORALES PLEGUEZUELO es que histológicamente debe de considerarse como una neoformación de este órgano de tipo

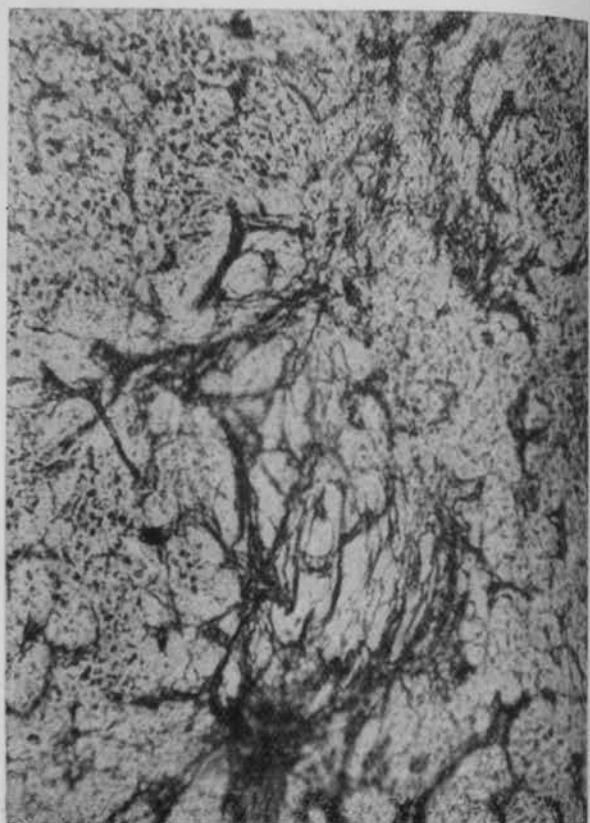


Fig. 8.



Fig. 7.

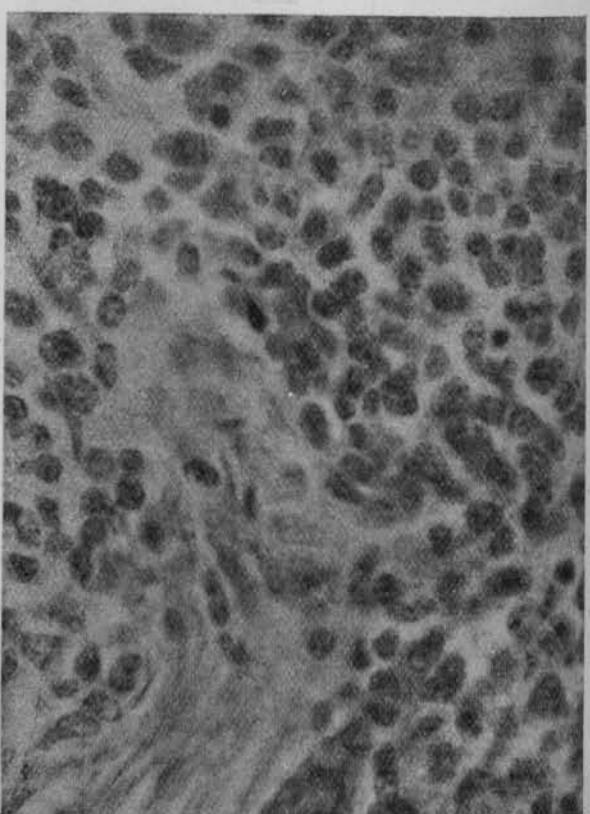


Fig. 9.

nia, que nunca tuvo carácter de miastenia. Lo único que todavía aquejaba era alguna molestia a la deglución, pero muy discreta. Se le indica que vuelva dentro de unos meses para ser revisada.

La enferma es dada de alta y vuelve a los cinco meses para su revisión. La exploración física es rigurosamente normal. La exploración radiográfica, según se muestra en la figura 10, es totalmente normal y la hematología permite apreciar una discreta anemia de 3.900.000 con una fórmula leucocitaria normal.

Subjetivamente, la enferma se encuentra muy bien, salvo una discreta disfagia que presenta. Se le hace exploración radiológica de esófago, que no demuestra ninguna alteración, y la esofagoscopia permite apreciar, a nivel del tercio medio del esófago, en una extensión de 2 cm., una superficie elevada e irregular que disminuye la

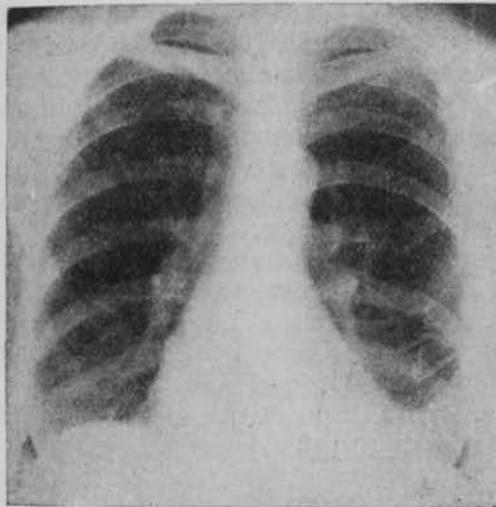


Fig. 10.

luz esofágica, pero permite el paso del esofagoscopio de 9 cm., volviéndose a encontrar mucosa normal. La biopsia de esta zona reveló únicamente un conectoro fibroso muy celular con elementos inflamatorios de tipo crónico, raras glándulas y vasos de paredes gruesas. Las lesiones no corresponden a una formación tumoral.

Queremos comentar, a propósito de esta enferma, su actual buen estado general, la desaparición de todas sus molestias, a los seis meses de la operación, con reintegración del mediastino desplazado a su posición normal, y la favorable evolución de la enfermedad a la terapéutica quirúrgica con radioterapia posterior, que han permitido una completa "restitutio ad integrum", evolución que es la que más frecuentemente se comenta en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

W. WEIMGARTEN y G. GORDON.—Ann. Int. Med., 42, 283, 1955.
D. W. SEYBOLD, J. R. McDONALD, O. T. CLAGETT y C. A. GOOD.—J. Thorac. Surg., 20, 195, 1955.
P. SANTY, P. GALY, R. G. TOURAYNE y C. FILS.—Actas III Congreso Internac. Cirug. Tórax. Barcelona, 1954.

NEUROFIBROMATOSIS

R. DEL VALLE Y ADARO.

Director del Hospital Provincial de Guadalajara.
Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Servicio de Patología Médica del Hospital Provincial de Guadalajara.

Director: Doctor RAFAEL DEL VALLE Y ADARO.

En el año 1882, y como homenaje al sesenta cumpleaños de VIRCHOW, publicaba Von RECKLINGHAUSEN un trabajo sobre la neurofibromatosis cutánea. Diez años después, con motivo de otro aniversario del gran patólogo alemán, contribuía RECKLINGHAUSEN con un nuevo estudio al conocimiento de una peculiar alteración de los huesos, a la que llamaba "osteitis fibroso-quística". Ambos cuadros serían después bautizados con el nombre de su descubridor; pero lo que éste no pudo sospechar es que el tiempo se encargaría de relacionar y fusionar unos procesos, en apariencia tan alejados, como expresiones de una única entidad morbosa.

Hoy día aceptamos que la enfermedad de Recklinghausen está constituida por los siguientes elementos:

- a) Lesiones cutáneas (fibromas, molusca pendula y manchas color café con leche).
- b) Neurofibromas desarrollados sobre el tejido nervioso.
- c) Frecuentes lesiones óseas.
- d) Trastornos nerviosos y psíquicos.

Integrada de esta forma la neurofibromatosis, constituye una zona fronteriza de la patología que suscita por igual el interés del psiquiatra, el internista, el neurólogo, el endocrinólogo y el dermatólogo.

La enfermedad, sin duda rara, representa una afección familiar con herencia probablemente dominante, pero de expresión clínica muy variada. Puede exteriorizarse por el cuadro completo o por las llamadas formas frustradas, cuyo interés para el estudio del problema de la transmisión del proceso es extraordinario. La neurofibromatosis es una enfermedad congénita, aunque muchas veces sólo se haga patente ya mediada la vida. Puede asociarse a diversas otras anomalías como polidactilia, sindactilia, cardiopatías, estrechez esofágica o rectal, etc.

La enfermedad forma parte del grupo denominado por VAN DER HOEWE "facomatosis", cuyos principales integrantes son:

- a) La enfermedad de Bourneville o esclerosis tuberosa.
- b) La enfermedad de Recklinghausen o neurofibromatosis.
- c) La enfermedad de Hippel-Lindau o angiomas retino-encefálica.
- d) La enfermedad de Sturge-Weber o angiomas encéfalo-trigeminal, de la que recientemente nos hemos ocupado en esta misma Revista a propósito de tres observaciones personales.