

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

Sesión del sábado 9 de junio de 1956.

TIMOMA

Doctores LORENTE, MARTINEZ BORDIU y JIMENEZ CASADO.—La historia de esta enferma, M. L., de treinta y nueve años, es muy breve y poco expresiva.

Se quejaba de astenia y fiebre desde hacia mes y medio. Desde esta fecha, encontrándose anteriormente bien, empezó a sentir gran astenia y malestar general con décimas por las tardes, que solamente en alguna ocasión han llegado a los 38°. También desde esta misma fecha ha apreciado que suda mucho y que de un modo intermitente tiene una sensación dolorosa muy tenue en región paraesternal derecha.

Lo mismo los antecedentes personales que familiares carecen de interés.

En la exploración física encontramos una enferma bien constituida, en buen estado de nutrición, con buena coloración de piel y mucosas, sin adenopatías. La exploración de pulmón y corazón es normal. Pulso a 80, ritmico. Presión arterial, 13/7. El abdomen es blando y depresible; no se palpa nada anormal.

En las exploraciones complementarias practicadas:

La orina, de densidad de 1.030, sin albúmina ni glucosa; sedimento, normal.

En la sangre: Hematies, 3.500.000. Hb., 72 por 100. Valor globular, 1. Leucocitos, 5.100; neutrófilos segmentados, 49; en bastón, 2; monocitos, 7; linfocitos, 42. La velocidad de sedimentación, 60-90; índice, 52,5.

En las radiografías de tórax en posición anteroposterior y lateral se demostró la existencia de una neoformación localizada con amplia implantación en el ángulo cardiofrénico derecho, de contornos bastante regulares y bien delimitados, que en la proyección lateral ocupa el mediastino anterior.

Las reacciones practicadas en sangre con antígeno de Weinberg, membrana de quiste, fueron negativas; positiva de cuatro cruces la de cisticeros.

Las posibilidades diagnósticas de esta tumoración fueron las siguientes: Un quiste, bien dermoide o hidatídico; un divertículo pericárdico y una tumoración hecha a expensas del timo (timoma).

La indicación quirúrgica era formal para proceder a la extirpación de la tumoración. Fué intervenida por el doctor MARTINEZ BORDIU.

El estudio anatomo-patológico de la tumoración dió lo siguiente:

Tumoración irregularmente lobulada, bien encapsulada, de superficie lisa, que mide 8 por 7 por 5 cm. y pesa 103 gr. Tiene una configuración general aplana, y adherido a ella va un pequeño colgajo pulmonar. Al corte hay una gran zona central necrótica rodeada de nódulos redondeados de consistencia gomosa, blancorrosados, con alguna necrosis y con aspecto macroscópico de tratarse de ganglios.

Estudio histológico: Tumor constituido fundamentalmente por haces de células fusiformes que se entrecruzan; en algunos lugares la apariencia es de elementos poliédricos de aspecto más epitelial; hay zonas en que la adaptación a los vasos es enormemente marcada con un aspecto organoide muy típico. Existen algunas atípicas, aunque pocas, incluso binucleadas. Las mitosis es-casean. Hay zonas de necrobiosis y otras con abundan-

tes linfocitos, finamente entremezclados con las células fusiformes propias del tumor.

En resumen, el tumor es un ejemplo típico de timoma fusocelular (CASTLEMAN), tan parecido histológicamente a otros que POPE creó para ellos el término de periteloma reticular y HUBELL y LIEBOW los creían de origen endotelial, semejándoles al angioma esclerosante. La fina transición de zonas muy endoteloides en remolinos a zonas con abundantes linfocitos, así como las necrosis y fibrosis arremolinadas simulando corpúsculos de Hassal, características del tumor fusocelular timico, hace el diagnóstico muy cierto. La presencia de eosinófilos (abundantes en este caso), hace el caso en estudio similares a los que EISENBERG y SAHYOUN separaron de los demás parecidos, y que algunos autores, equivocadamente a nuestro parecer, creen poder considerar como formas timicas de auténticas enfermedades de Hodgkin.

Si el estudio histológico del tumor no deja lugar a duda sobre que se trata de un timoma, es interesante el llamar la atención sobre la sintomatología de nuestra enferma, que si efectivamente se quejaba de astenia muscular, no presentaba ningún síntoma del síndrome miasténico. Tanto más interesante si contrastamos esto con el caso presentado en la sesión anterior, que si presentaba una típica miastenia, el timo extirpado en la operación tenía un tamaño y peso normal. Aunque no se puede dudar en el momento actual de las relaciones entre el timo y la miastenia, es evidente que no existe una relación directa entre la hipertrofia anatómica y la presentación de esta enfermedad. Habría que distinguir estos casos con verdaderos tumores de la glándula (timoma), con poco o ningún síntoma miasténico, y en los que la extirpación del timo no tiene un efecto tan brillante sobre sus síntomas de aquellos otros en los que presentando la glándula un tamaño normal anatómicamente deben tener, sin embargo, una hiperplasia funcional, por lo que en ellos la timectomía tiene un efecto más brillante sobre su cuadro miasténico.

Los comentarios se hicieron sobre la imagen radiológica postoperatoria, que se interpreta como una colección pleural hemática que se propone depurar para tratar, mediante aspiración simple o previa, inyección de filamentos tripticos que la licuen.

CANCER DEL SIGMA (2 casos).

Doctores H. G. MOGENA, GONZÁLEZ BUENO y LORENTE.
Se trata de una enferma, Manuela C., de sesenta y dos años. Cuenta que desde hace veintiún años viene teniendo cólicos con dolor en epigastrio, irradiados por la derecha a espalda, con sensación de opresión, necesitando muchas veces inyecciones de morfina, con fiebre alta y náuseas y sin ictericia; durante este tiempo se ha pasado algunas temporadas de varios años sin cólicos, pero las digestiones siempre son pesadas, con gran inflación gástrica después de las comidas, ligeramente estreñida, raras veces algunas pequeñas descargas diarreicas y cefalea poco frecuente. Hace un año tuvo fiebre que a veces llegaba a 39°, produciéndola entonces escalofríos, mejorando con terramicina, que tuvo que suspender por producirle diarrea, habiendo estado luego muy bien hasta hace seis meses que lleva con molestias

y más tarde dolor por parte baja del vientre, con pequeña diarrea, algún dia febrícula, poco apetito y adelgazamiento.

Se trata de una enferma de buen estado de nutrición, pálida de piel, mejor de mucosas, no palpándose nada anormal en abdomen y no existiendo adenopatías.

Tiene 4.030.000 hematies con 5.900 leucocitos, siendo normal la fórmula leucocitaria. La orina es normal, con una presión arterial de 15/8.

En el examen rectoscópico se encontró a los 17 cm. del borde una neoformación úlcero-vegetante, produciendo una estenosis bastante considerable de la luz intestinal. Se hace toma para biopsia y en el examen anatomo-patológico (doctor MORALES PLEGUEZUELO) se reconoce con toda claridad la presencia de un adenocarcinoma del grado II; la reacción del extrona es sobre todo del tipo inflamatorio.

En la exploración radiológica del esófago, estómago, duodeno y resto del intestino no se apreció nada patológico.

Fué enviada al doctor GONZÁLEZ BUENO para su intervención; se verificó laparotomía pararrectal izquierda inferior, observando tumoración situada en el tercio inferior del sigma, poco móvil, con invasión de los ganglios del meso, practicándose una hemicolectomía izquierda con anastomosis de vía anterior con magnífico curso postoperatorio.

Vemos en este caso, si bien las primeras manifestaciones de final de intestino aparecen hace un año acompañándose de fiebre, la evolución de la neoplasia ha sido muy lenta, perfectamente tolerada por la enferma durante bastante meses y solamente hasta hace dos meses no se hace la sintomatología más manifiesta; el examen de la pieza demostró igualmente la evolución larga del proceso.

Otra enferma, M. C.

Estudio clínico: Doctor LORENTE.

Fecha de ingreso: 24 de mayo de 1956.

Anestesia: Pentotal, éter-oxígeno y curare.

Intervención: Laparotomía pararrectal izquierda infraumbilical.

A nivel de la porción media del asa sigmoidea se encuentra una formación tumoral que abarca la totalidad del contorno, en forma de servilletero, y que da lugar a este nivel a un marcado grado de estenosis. Hay reacción ganglionar en el mesosigma colindante en forma poco acusada. El asa sigmoidea situada inmediatamente por encima del punto estenosado está moderadamente dilatada, llegando la dilatación hasta la zona angulada que deslinda el final del colon descendente con la iniciación del asa sigmoidea. La zona infraestenótica está normal en su aspecto, grosor y consistencia. Se procede a explorar el resto de la cavidad abdominal, sin visualizarse formaciones metastásicas en ningún punto. El hígado tiene aspecto y consistencia normal e igualmente el páncreas y bazo. Se moviliza ampliamente el asa sigmoidea y el hemicolon izquierdo previa ligadura del meso a nivel del origen de la mesentérica, procediéndose seguidamente a practicar una amplia extirpación de la zona descrita, restableciéndose la continuidad intestinal en anastomosis término-terminal, en sutura aséptica, mediante puntos entrecortados, a expensas exclusivamente de la capa serosa. Cierre de pared en tres planos según costumbre.

Alta curación: 8 de junio de 1956.

Enferma del doctor MOGENA.

Tumor de colon, asa sigmoideas. Ca.

Macroscopia: 27 cm. de colon con abundante grasa en los apéndices epiploicos. Un tumor en anillo, de bordes netos y algo excavados, que mide 4,5 cm. y dista del borde de resección terminal de 2,5 a 4 cm. Sólo se objetivan cuatro ganglios pequeños. Al corte, el tumor destruye netamente la muscular y crece en manchones entre la grasa subyacente.

Histología: Adenocarcinoma tipo II, ulcerado, que crece en profundidad rompiendo la capa muscular e invadiendo en manchones densos y abundantes la subserosa.

Por las imágenes se extiende algo más de lo que parece macroscópicamente, insinuándose bajo la muscularis mucosae. En general, está compuesto por cordones glandulares de luz amplia, con numerosas células en mitosis y gran cantidad de atipias. El borde de resección distal está libre. Los ganglios son negativos y muestran sólo signos de inflamación crónica reactiva.

Enferma del doctor LORENTE.

Macroscopia: Pieza de intestino de 13 cm. de largo con un tumor en anillo que mide 4 cm. y dista 3,5 cm. y 5,5 centímetros, respectivamente, de los bordes de resección. El tumor está ulcerado, no es hipertrófico y al corte sustituye netamente a la capa muscular, que desaparece. Se encuentran siete ganglios, todos ellos entre la grasa inmediatamente subyacente a la tumoración, grasa que es muy abundante. Alguno parece afecto por metástasis.

Histología: En los cortes realizados se observa la transición brusca de una mucosa normal a otra de carácter tumoral en que cordones glandulares neoformados sustituyen a las normales capas intestinales, llegando a eliminar completamente la muscular. El tumor conserva bordes glandulares amplios rodeados de células dispuestas en varias capas en la que atipias y mitosis son más bien escasas. En algunos puntos se observan los cordones tumorales creciendo bajo una mucosa de aspecto normal. De los ganglios estudiados, los numerados 1, 2, 4 y 5 están prácticamente eliminados por masas de tumor que conserva la disposición general.

MIELOMA SOLITARIO

Doctor OYA.—Se trata de un enfermo que acaba de ingresar en nuestro Servicio, trasladado de otro hospital de aquí, de treinta y nueve años, de Tenerife, que refiere que hace aproximadamente un año empezó a notar algunas molestias en el cuello que le impedían volver bien la cabeza hacia el lado derecho. En la playa cuando se tiraba de cabeza al agua, en el autobús con los baches, o cuando tosía y al bajar escaleras, estas molestias se le aumentaban considerablemente. Al poco tiempo de esto le empezó un dolor mucho más intenso en la región cervical, que se le irradiaba a la región mastoidea izquierda, que sólo se le aliviaba cuando se sostenía la cabeza con las manos. Estuvo en cama una temporada y le aparecieron unos ganglios en el cuello que con un tratamiento con antibióticos parece que cedieron algo. Pudo reanudar su vida habitual, aunque siempre con molestias en el cuello, hasta que a los seis meses de haber empezado las molestias se acrecentaron: le aparecieron calambres en el brazo izquierdo y dolores que se le irradiaban desde el cuello hasta los dedos de la mano izquierda. Progresivamente ha ido empeorando, y en la actualidad ya tiene que estar acostado en cama con una férula de escayola que le han confeccionado, ya que de pie los dolores son muy intensos. Igualmente los dolores le aparecen al toser, masticar, defecar, etcétera.

Refirió que a los veinte años de edad se había caído desde la cureña de un cañón y había perdido el conocimiento durante dos horas. Tuvo entonces mucho dolor en la espalda, que pasó pronto, para no reaparecer.

Es un enfermo bien constituido y con buen estado de nutrición. No se palpan adenopatías en cuello, ni en axilas, ingles, etc. La exploración de tórax y de abdomen es negativa. Los reflejos son vivos en las extremidades superiores sin reflejos patológicos; no hay alteraciones de la sensibilidad. En las extremidades inferiores sólo se encuentra exaltación de reflejos rotulianos con respuesta clonoide; clonus de pie; no hay Babinski ni similares.

En la radiografía del cuello se ve una profunda alteración del atlas y del axis. En primer término, estas vértebras están dislocadas con un acabalgamiento de la cara inferior del atlas sobre la anterior del axis. En segundo lugar, los cuerpos vertebrales están muy alterados, con un aspecto esponjoso, areolar, con desaparición

de la estructura ósea normal y aumento de la transparencia de la vértebra.

En la orina tenía ligeros indicios de albúmina y escasos leucocitos en el sedimento. La velocidad de sedimentación era: primera hora, 7; segunda hora, 16; índice, 7,5; 4.800 leucocitos con una fórmula leucocitaria prácticamente normal. La fosfatasa ácida, 4,3 unidades; alcalina, 10,4 unidades.

Se trata, pues, de un tumor óseo localizado en estas vértebras que por su aspecto radiológico podría ser un osteocondroma; pero, naturalmente, no había ninguna seguridad para establecer este diagnóstico. Lo que si podía afirmarse es que la lesión no tenía el menor aspecto de ser un proceso inflamatorio o tuberculoso.

Se le practicó una biopsia de un cuerpo vertebral por los doctores SENTÍ y FERRER, y el estudio histológico, que ahora nos comunicará el doctor MORALES, mostró se trataba de un mieloma.

Este hallazgo nos dejó realmente sorprendidos, pues aunque, en efecto, el tipo de lesión radiológica podría haber hecho barajar este diagnóstico, la velocidad de sedimentación normal, el estado general del enfermo, etcétera, no lo hacían pensar de ninguna manera de primera intención.

Una vez conocido este diagnóstico se completó su estudio, pero los resultados también fueron sorprendentes, ya que no presentó ninguna de las alteraciones humorales o hematológicas frecuentes en este proceso. La orina no contenía albúmina de Bence-Jones. El espectro electroforético de las proteínas del plasma era: Albúmina, 2,95 gr. por 100 c. c.; globulina alfa, 0,41; alfa₂, 0,98; beta, 0,92; gamma, 1,01. Proteínas totales, 6,28. Es decir, no había hiperproteinemia total ni aumento de la gamma-globulina. En la punción esternal, el mielograma (doctor PANIAGUA) señala la existencia de un 5 por 100 de células plasmáticas y una moderada hipoplásia de células reticulares grandes, pero sin signos evidentes de neoplasia.

En suma, parece que se trata de un mieloma solitario sin alteraciones, por lo menos en el momento presente, generales. Si este tipo de mieloma tiene individualidad propia que lo distinga del mieloma múltiple y del mieloma generalizado o corresponda a una etapa precoz de un tumor que más o menos tarde ha de generalizarse, es cuestión difícil de definir en el momento actual. Un cierto número de estas formas solitarias acababan en distintos períodos de su evolución generalizándose o dando nuevas localizaciones en otros huesos. En este caso, la ausencia de alteraciones plasmáticas y en médula ósea, así como la ausencia de síntomas de otras posibles localizaciones (por su estado no se le pudieron hacer radiografías de todo el cuerpo), inclinan a pensar que se trata evidentemente de una forma solitaria.

MIELOMA

Doctor LORENTE.—El enfermo A. G. S., de cincuenta y ocho años, venía quejándose de las siguientes molestias cuando ingresó en nuestro Servicio:

Hace unos tres meses, encontrándose anteriormente bien, al hacer un esfuerzo le dió un dolor agudo en el vacío derecho, irradiado al vientre y genitales, que le obligó a meterse en la cama, con lo que le desapareció, pero exacerbándose de nuevo cada vez que intentaba hacer algún movimiento; a los cuatro días pudo ya levantarse, pero todavía con algunas molestias que, sin embargo, no le impedían hacer su vida normal. Al mes le volvió a repetir el mismo accidente doloroso, en esta ocasión cree que sin esfuerzo previo; le duró tres a cuatro días, desapareciendo con el reposo. Después de este episodio empezó a notar debilidad en las piernas al andar, por lo que tenía que ayudarse con un bastón. Hace quince días, al ir andando, se le escurrió el bastón y tuvo que hacer un gran esfuerzo para no caerse; en ese momento se le repitió el dolor, en esta ocasión más agudo, también irradiado en forma de cinturón, hacia los genitales. Ya desde entonces se vió obligado a guardar cama por el dolor y a los diez días empezó a notar una molestia, en forma de hormigueo, en los dedos de ambos pies,

más intensos en el derecho, con frialdad de los mismos. Al día siguiente empezó a notar las piernas y los muslos dormidos con intensa pérdida de fuerzas, que ha ido en aumento hasta la actualidad, en que no puede mover las extremidades. Desde hace dos días, polaquiuria sin dinuria. Desde hace dos días tiene sonda permanente por no poder orinar.

Entre los antecedentes personales: Caída de un caballo hace veinticinco años con golpe en la región sacrolumbar y dolor en esta región, que le duró tres o cuatro días. Varices en la pierna izquierda desde hace treinta años. Los antecedentes familiares carecen de interés: Mujer, sana; dos hijos, sanos; no abortos.

En la exploración física encontramos un enfermo bien constituido, obeso, con telangiectasias múltiples en la cara y buena coloración de mucosas. Pulmón y corazón normales a la percusión y auscultación. Pulsos, 80, rítmico. Presión arterial, 13/8. Abdomen timpanizado sin palparse nada anormal.

Sistema nervioso: Pares craneales, normales; miembros superiores, normales. En los miembros inferiores una parálisis fláccida de ambas extremidades con reflejos rotulianos muy débiles y aquileos abolidos. Babinski bilateral. Sensibilidad táctil, conservada. La térmica, dolorosa y profunda, abolida hasta un nivel superior, que llega a nivel de las crestas ilíacas, en cinturón. Abdómenes superiores, conservados; los inferiores, abolidos. El movimiento de sentarse en la cama es muy doloroso. A la inspección de la columna se aprecia deformidad en forma de ángulo a nivel de 8-10 dorsales y la percusión es intensamente dolorosa a este nivel.

En las exploraciones complementarias practicadas se encontró lo siguiente: En la orina: Densidad, 1.025; albúmina, indicios; glucosa, 10,6 gr. por 1.000. En el sedimento, 20 hemáties por campo; leucocitos, unos 30 por campo y en la siembra se aisló un colibacilo en cultivo puro. Hay que advertir que el enfermo estaba con sonda permanente.

La urea en sangre, de 0,48 gr. por 1.000.

En la sangre: Hematies, 4.260.000. Hb., 82. Valor globular, 0,96; leucocitos, 6.900; neutrófilos segmentados, 45; en bastón, 4; eosinófilos, 0; monocitos, 4; linfocitos, 47. Velocidad de sedimentación, 8-24. Índice, 10.

En la radiosкопia de tórax, nada que señalar.

En las radiografías de columna anteroposterior y lateral se apreciaba una destrucción con aplastamiento de la XI vértebra dorsal; en la lateral, franca osteólisis de la XI vértebra dorsal y porción posterior de la XII. No había pinzamiento discal.

Nuestro enfermo presentaba el cuadro de una paraplejia que se había instaurado hacia unos quince días precedida de intensos dolores radiculares.

La radiografía de columna demostró una lesión destructiva de la XI vértebra dorsal con invasión de la XII. La paraplejia, causada por invasión o compresión de la médula. Nuestra primera impresión es que se podría tratar de una metástasis vertebral por tumor de otra localización y se eliminó cualquier proceso torácico o la posible localización prostática; la próstata presentaba un tamaño y consistencia normal. La determinación de fosfatasa ácida fué de 4,8 unidades y la de la alcalina de 12,8 unidades. No se efectuó un estudio del aparato digestivo por el estado del enfermo.

En todo caso, era urgente el tratar de resolver el problema de la parálisis del paciente, actuando localmente sobre la lesión vertebral. Con este objeto fué intervenido por el doctor BOIXADÓS, que nos dió el siguiente informe de la intervención:

Se practicó una incisión para laminectomía desde la I lumbar a IX dorsal. A nivel de la X encontramos los músculos infiltrados por una masa rojiza extraordinariamente sangrante que penetraba por entre las costillas, sin destruirlas, a la cavidad torácica. Hecha la laminectomía a este nivel se veía que la masa tumoral penetraba al espacio peridural por el lado derecho, empujando y comprimiendo la dura hacia la izquierda. Hicimos una liberación de la misma hasta conseguir una total descompresión y extirparamos todo lo que pudimos de la masa vertebral extraverbral con el aspirador, pues

era muy blanda y gelatinosa. Las maniobras tuvieron que ser muy rápidas, pues la masa tumoral sangraba extraordinariamente por vasos finísimos y muy abundantes imposibles de coagular. Por ello, la hemostasia se hizo por taponamiento con compresas de agua oxigenada y después se dejó la cavidad rellena con esponja de gelatina. No se abrió la dura. Sutura por planos según costumbre.

El estudio de la pieza en el aspecto anatopatológico demostró lo siguiente: Se trata de una tumoración muy celular, poco atípica y sin mitosis, formada principalmente por células poliedrásicas de protoplasma grande y basófilo y núcleos con la cromatina dispuesta en bolas picónicas que recuerdan la disposición en rueda de carro. En resumen, parece tratarse de un plasmocitoma.

En vista del resultado y características anatopatológicas del tumor extirpado, el enfermo fué ingresado de nuevo en nuestro Servicio, para hacer un estudio de la médula esternal y un espectro electroforético, así como tratamiento médico de su proceso.

En la punción esternal se obtuvo médula en regular cantidad en copos finos incoloros y casi transparentes, con grasa muy aumentada y autoaglutinación precoz de los hematies en grumos finos; había 12 plasmocitos normales y 4 células mielomatosas, es decir, en el aspecto cuantitativo las células plasmáticas no están muy aumentadas; más la presencia de algunas muy grandes con grueso núcleo, a veces múltiple, algunas mitosis en estas células con abierto carácter displástico (células mielomatosas) y en ocasiones nucleolo grande, parecen confirmar el mieloma, quizás muy tumoral y poco sistematizado. En una extensión de sangre periférica simultánea se vieron un 3 por 100 de células plasmáticas, 2 por 100 de metamielocitos, 3 por 100 de mielocitos y 1 por 100 de normoblastos con plaquetas aumentadas.

El estudio del espectro electroforético dió el siguiente resultado:

Proteínas totales, 4.402 gr. por 100. Albúmina, 1.761 gramos por 100; α_1 , 0.351 gr. por 100; α_2 , 0.801 gr. por 100; β , 0.733 gr. por 100; γ , 0.274 gr. por 100; γ_2 , 0.482 gramos por 100. El cociente albúmina/globulina de 0.65.

La investigación de la albuminuria de Bence-Jones en la orina fué negativa.

En resumen, se trataba en nuestro enfermo de un mieloma vertebral localizado, sin alteraciones en las proteínas del plasma, con velocidad de sedimentación y fosfatasas normales y presencia en la punción esternal de células muy inmaduras y tumorales (células mielomatosas), en contraste con los casos más comunes de mielomatosis, en que el proceso es más generalizado y se presentan alteraciones plasmáticas con elevación acentuada de la velocidad de sedimentación. Es, además, interesante el señalar que precisamente en este caso hay hipoproteinemia y esto apoyaría la hipótesis de que la hipoproteinemia pueda ser necesaria para que se produzca la generalización del proceso.

El enfermo no mejoró prácticamente nada con la intervención ni con el tratamiento médico que se le practicó a base de estilbenos, radioterapia y uretano. Unicamente notaba algunas contracciones musculares en las piernas y parestesias, pero cuando el enfermo fué dado de alta su exploración no había cambiado en lo que respecta al comportamiento de los reflejos, motilidad y sensibilidad.

Comentarios a los dos casos de mieloma.—El doctor PANIAGUA resalta el valor de la biopsia de médula esternal para el diagnóstico aun en los casos más "tumorales", menos sistematizados o con espectro proteico menos alterado.

También destaca el fenómeno del apilamiento rápidísimo de los hematies, que no se puede atribuir, como lo hacía antes, al aumento de la velocidad de sedimentación.

El doctor OYA plantea la pregunta de si los casos de mieloma solitario son una enfermedad distinta, más benigna, o son una fase previa a la generalización con los signos clásicos.

El profesor JIMÉNEZ DÍAZ, no obstante a la escasa malignidad celular morfológicamente hablando, en es-

tos casos solitarios cree que se generalizan después, comparándolo con lo que sucede con los linfosarcomas, que de ser localizados pueden hacerse múltiples y luego sarcoleucemizarse. Esto lo atribuye al "ambiente" en el que se desarrolla el tumor, como el caso de la leucemia de monocitos, para lo que ha pensado a veces en un origen local, histico, en las encías.

El día que se lleguen a conocer los factores de inhibición del crecimiento de las células tumorales se habrá avanzado mucho en favor de estos pacientes.

Sesión del sábado 16 de junio de 1956.

ARRENOBLASTOMA OVÁRICO. ESTUDIO HISTOLÓGICO

Doctor MORALES PLEGUEZUELO.—En los cortes de tres zonas del material remitido se ve un conectivo con infiltración linfoide, zonas en que abundan las células seudoxantomatosas "que han de ser de Leydig"; otras son límites de cavidades, en general sin revestimiento; tubos de células cilíndricas altas de protoplasma claro y núcleo alargado, a las que hay que asimilar a las células de Sertoli de tipo fetal. Además existen placas macizas de estas mismas células, algo modificadas por cierta anisocitosis nuclear, y bastantes mitosis.

Se trata de un arrenoblastoma de tipo mixto, porque se hallan distintas formas de agrupación, principalmente homogénea y tubular. A estas neoplasias se les atribuyen más bien baja malignidad.

Se centra la discusión acerca de la significación y valor del estudio cromosómico del sexo en casos similares, pues realmente estos tumores podrían considerarse como un resto glandular masculino dentro de un organismo femenino.

Intervienen los doctores OYA, CEBALLOS y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

COLANGIOMA MALIGNO HEPÁTICO

Doctores LORENTE y CEBALLOS.—El enfermo L. A. F., de sesenta y ocho años, comerciante, cuando ingresó en nuestro Servicio se venía quejando de las siguientes molestias desde hacia breve tiempo: solamente dos meses. En esta fecha, encontrándose anteriormente bien, le dió de repente un dolor agudo en el hipocondrio derecho que le obligó a guardar cama, cediendo poco a poco con calor local y reposo. Desde entonces ya no le ha desaparecido el dolor, cuya intensidad es variable de unos días a otros. Ni en este episodio doloroso, ni después de él, se ha puesto nunca amarillo ni ha tenido fiebre; las deposiciones han sido siempre normales de aspecto, no ha tenido picores y únicamente las orinas son algunos días cargadas de color. Tiene gran inapetencia e intensa astenia; cree haber perdido unos 5 kilos de peso. Estremecimiento. Ultimamente ha tenido vómitos amargos con restos alimenticios. Insomnio desde el comienzo de su enfermedad.

Ha padecido catarrlos frecuentes con tos, expectoración y fiebre, sin sangre en los esputos. Hace cuarenta y seis años fué diagnosticado de ulcus duodenal por dolores epigástricos, ardores y melenas, proceso que curó con tratamiento médico.

Los antecedentes familiares no tienen interés.

En la exploración física encontramos un enfermo con intensa palidez de la piel y de las mucosas y muy desnudido. En la exploración de pulmón y corazón no se encuentra ninguna anormalidad; pulso a 80, ritmico. Presión arterial, 11/7. En el abdomen a la inspección se aprecia un abombamiento en el epigastrio y el hipocondrio derecho que corresponde a una hepatomegalia; el borde del hígado, a unos cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal; éste, lo mismo que su superficie, es duro, de consistencia pétreo, ligeramente doloroso, y se desplaza bien con los movimientos respiratorios. No se palpa el bazo; hay pequeñas adenopatías en inglés. No edemas.

La historia breve del proceso, la profunda afectación del estado general, las características del hígado que les

he descrito, no ofrecían dudas para establecer el diagnóstico de neoplasia de hígado. Lo que estaba por averiguar, si era una metástasis en el hígado, es dónde estaba la tumoración primitiva. En este sentido se planearon las exploraciones complementarias.

No era probable que se tratara de un quiste hidatídico; sin embargo, antes de ingresar el enfermo le había sido practicada una reacción de Cassoni que había sido negativa y una reacción de Weinberg con antígeno de líquido y antígeno de membrana que habían sido también negativas.

La orina dió una densidad de 1.030 con ligeros indicios de albúmina, ligeros indicios de glucosa y sin ninguna particularidad en el sedimento; tenía dos cruces de pigmentos, cuatro de sales biliares y negativa la reacción de urobilina.

En la sangre: Hematies, 3.620.000; 73 por 100 de Hb.; 1.01 de valor globular; leucocitos, 8.200; neutrófilos segmentados, 77; en bastón, 4; eosinófilos, 1; monocitos, 5; linfocitos, 13. Velocidad de sedimentación, 28-80; índice, 34.

En el examen de las heces, la única particularidad era la existencia de abundante grasa amorfía, algunas pequeñas gotas de grasa neutra y pequeño número de cristales de jabones. La investigación de amilasa en la orina dió 32 unidades wholgemuth.

La fosfatasa ácida de 4,4 unidades. La alcalina de 78 unidades.

La reacción de Hanger de +, MacLagan de 10,6 unidades, Kunkel de 11,5 unidades, globulina de 1,39 gramos por 100 y colinesterasa de 74 mm.

La colema directa de 0,9 y la indirecta de 0,6; total, 1,5; D/I, 60 por 100.

En el tacto rectal se demostró una próstata de tamaño normal.

La radioscopia de tórax dió lo siguiente: Refuerzo muy acusado de hilios y trama bronquial con aumento de la transparencia pulmonar en bases. Elevación de la cúpula diafragmática derecha. Nódulo calcificado en el campo inferior izquierdo. Silueta cardiovascular: Aumento del ventrículo izquierdo y del pedículo vascular. En O. A. D., espacio retrocardiaco libre.

En el estudio radiológico del aparato digestivo el esófago era normal y el estómago en anzuelo, desviado hacia la izquierda en porción superior. No se observa nada intrínseco en cuerpo ni fórnix. El antro, irregular, con aspecto de compresión por estrechamiento. Duodeno, rechazado y comprimido.

El enfermo traía una colecistografía que no permitía visualizar la vesícula a las trece horas de tomar el contraste. Asimismo era negativa la repleción de la vesícula y de las vías biliares a los noventa minutos y tres horas de la inyección de bilirafin.

El enfermo fué adelgazando y caquetizándose rápidamente durante su breve estancia en la Clínica. La anapetencia era tan absoluta que se negó a tomar alimentos: fué necesario alimentarle durante los últimos días con sonda nasal. Falleció en esta situación de intensa emaciación y caquexia.

En los últimos días aparecieron dos síntomas que conviene señalar: un abombamiento del abdomen por aparición de una ascitis y una coloración eritematoso-cianótica de ambas palmas de la mano.

La autopsia es restringida a cavidad abdominal. No obstante, y a través de incisión abdominal, se consigue extraer corazón y pulmones.

El cadáver es el de un hombre que representa unos sesenta y cinco años.

Los tegumentos externos presentan un ligero tinte icterico.

El abdomen es globuloso, sugiriendo ascitis a tensión.

En efecto, al abrir abdomen escapan unos 5 litros de líquido ascítico de color amarillo, claro, sin copos de fibrina. Hay distribuidas por el peritoneo y en omento pocas y pequeñas formaciones blanquecinas que parecen ser metástasis de una gran neoformación que ocupa toda la región del hipocondrio derecho, en el que las visceras propias de la región (hígado, colon, suprarrenal, asa duodenal, etc.) forman una masa compacta. Se ex-

trae la masa en bloque junto con resto de contenido abdominal y se procede a su disección detallada. El corazón se extrae a su vez y parece ser normal; el pulmón derecho tiene lesiones fibrosas de su vértece; el izquierdo está adherido debido a una intensa sínfisis pleural.

Pulmones: El derecho, único que se extrae, parece algo edematoso y con enfisema de su vértece, en el que se observan lesiones pleurales superficiales, que forman una red blanca nacarada fibrosa, bajo la cual hay algún punto duro en pleno parénquima: parece tratarse de una reinfección apical. No hay metástasis.

Corazón: De aspecto normal, aunque algo blando en consistencia, no muestra lesiones de sus válvulas ni endocardio. El miocardio tiene áreas algo blanquecinas que parecen corresponder a zonas relativamente isquémicas, lo que se comprueba aún más con el hallazgo de una moderada arteriosclerosis coronaria que sin llegar a obstruir la luz en ningún punto estrecha discretamente los vasos en alguna zona.

Hígado: Pesa 2.700 gr. Adherencias muy fuertes lo unen a los órganos vecinos y diafragma. En su superficie se ven innumerables nódulos blanquecinos de diverso tamaño, muy poco bien delimitados del parénquima restante, que aparece a su vez infiltrado. El lóbulo derecho, sobre todo parece casi enteramente eliminado por el tumor. En el izquierdo, zonas de parénquima mejor conservado, muestran un color pardo amarillento con punteado verdoso. El órgano conserva una consistencia similar a la normal. Al corte, el aspecto se corresponde exactamente con lo descrito: el lóbulo derecho casi absolutamente eliminado y con un color parduzco general con muy pocos detalles morfológicos, sugiriendo necrosis masiva de la zona; de allí, y acercándose a lóbulo izquierdo, masas blancas de aspecto tumoral y cada vez más pequeñas se mezclan con parénquima, cada vez más fácilmente reconocible, en el que son patentes fenómenos de congestión y de retención de pigmento. Ninguna de estas masas, de color blanco, muestran necrosis centrales. En total, y debido al aspecto del tumor, así como a la negatividad de una búsqueda cuidadosa por un tumor primario (digestivo, etc.), se tiene la impresión de que se trata de un carcinoma primitivo de hígado y probablemente de la forma del colangioma. La vesícula biliar está englobada en algún punto por la tumoración, pero se despega fácilmente de ella y no es desde luego el origen primitivo. Contiene bilis de color blanquecino y un gran cálculo de superficie lisa y color claro canela. Los grandes troncos biliares están incluidos en el magma tumoral, que llena el hilio hepático; aquí es muy difícil decidir si son ellos los primitivamente causantes o están envueltos secundariamente. Desde luego, no son permeables para la bilis como normalmente y su sondaje se realiza con dificultad hasta una ampolla de aspecto normal.

La vena porta, incluida a su vez en el tumor, sólo muestra un anormal espesor de sus paredes, algo fibrosas.

Bazo: Tiene cuatro hendiduras de su borde interno y al corte alguna zona de aspecto hemorrágico. No otras lesiones.

Páncreas: Sin lesiones.

Digestivo: Aparte de las adherencias que unen fuertemente el colon a cara inferior de hígado, una cuidadosa búsqueda de todo el tracto no revela lesión alguna.

Génitourinario: Ríñones, próstata, etc., sin lesiones.

El estudio histológico demostró:

Hígado: Grandes zonas están necrosadas con restos de tractos fibrosos y alguna célula hepática, o tumoral, todavía viva. Sólo en las zonas dotadas de vivacidad se puede reconocer bien la tumoración que crece en trabéculas y cordones (macizos generalmente, a veces con insinuación de luces), que prolifera siguiendo sobre todo los espacios porta e invadiendo desde la periferia los lobulillos, en su mayor parte destruidos a medias. Hay una fibrosis reacional. El tipo celular es aproximadamente cuadrado, con núcleo grande, abundantes mitosis y atipias marcadas. En total, parece tratarse de un colangioma más que un hepatoma, aunque la diferenciación

última es naturalmente azarosa sin el método de fosfatasa.

Vesícula: Normal, excepto ligera colecistitis crónica.

Peritoneo: Un nódulo mesentérico muestra estar invadido por el tumor.

Bazo: Senos grandes, dilatados, de endotelio alto, entre un estroma muy congestivo y algo fibroso.

Páncreas: Normal.

Pulmón: Nódulos fibróticos subpleurales, probablemente tuberculosos, cicatrizados.

Riñón: Glomérulos bastante celulares y congestivos y discreta fibrosis intersticial. No otras lesiones.

HEPATOMA MALIGNO

Doctor MORALES.—Presenta a continuación el estudio histológico de una pieza de hígado procedente de un enfermo privado, cuya historia no posee, en el que se descubre un tumor epitelial maligno, sólido, de disposición trabecular, con células poliédricas de protoplasma relativamente grande, espeso y núcleo claro, a veces dismórfico, rara vez en mitosis atípica. Entre los cordones neoplásicos se encuentra una sustancia hialina, más o menos densa, que se tiñe con la eosina, de tono variable del rosa hasta casi no teñirse. El aspecto es el de un tumor primario del hígado del tipo del hepatoma.

El comentario conjunto a los dos últimos casos recoge la existencia de los tres tipos fundamentales de tumor hepático: hepatoma maligno, colangioma maligno y hepatocolangioma, señalando cómo tiende a aceptarse que todos estos tumores son hepatocolangiomas, más o menos diferenciados en uno u otro sentido. Se podría, pues, decir que la patología tumoral en el hígado se compone de casos de:

Cáncer con cirrosis.

Cáncer con sarcoma.

Cáncer con sarcoma y cirrosis.

Hepatoma reaccional benigno; y

Tumor difuso primitivo, diferenciándose más o menos hacia colangioma o hepatoma.

GANGLIONEUROMA TORACICO-RAQUIDEO

Doctores LORENTE, MARTÍNEZ BORDIU y OBRADOR.—

Niña D. R. A., de seis años de edad. Contaban sus familiares sobre la enfermita la siguiente historia:

Nació de parto distóxico (presentación de nalgas) con síntomas de asfixia y compresión craneal (cefalohematomas difusos); tardó bastante tiempo en empezar a andar. Posteriormente se desarrolló bien hasta los dos años, en que sus padres le notaron la aparición de un bulto pequeño en la región lateral derecha del cuello, del tamaño de un garbanzo, consistente, deslizable y no doloroso. El médico diagnosticó un infiltrado en vértece pulmonar izquierdo; se trató con Rimifón sin apreciarse mejoría alguna. Este bulto fué aumentando progresivamente hasta llegar a tener el tamaño de un huevo de paloma; al mismo tiempo le aparecieron dos nódulos más pequeños en el mismo sitio. También por entonces observaron que se le hinchaba la mitad derecha de la cara. La niña no tenía fiebre ni ninguna otra molestia, aparte de una intensa anorexia.

A los tres años de edad la enferma se queja de dolores en las piernas y empieza a no querer andar. La madre nota que lo mismo al correr que al andar realiza los movimientos con dificultad. A los cuatro años se presenta una ligera ptosis y edema del párpado superior derecho que desde entonces no ha regresado.

Hace cinco meses bruscamente se le empezaron a doblar las piernas al andar, instaurándose rápidamente una paraplejia. Simultáneamente la micción se hizo difícil, no pudiendo en ocasiones retener la orina. También desde hace una semana se queja de dolores en el brazo izquierdo, que desde el hombro se irradiaron hasta los dedos meñique y anular.

Desde hace unos meses tiene una respiración ruidosa, sobre todo por las noches.

Los antecedentes personales y familiares carecen de interés.

En la exploración física encontramos una enferma en buen estado de nutrición y con buena coloración de piel y mucosas. Facies abotagada con ligero edema palpebral. Pupilas anisocóricas con buena reacción. Signo de Bernard-Horner en ojo derecho. Intensa hipertrofia de ambas amigdalas. En región lateral derecha del cuello se palpa una masa del tamaño de una aceituna, de consistencia media, deslizable, no dolorosa. En el mismo lado se aprecian otras dos más pequeñas de idénticas características. No adenopatías en ingles ni axilas.

En el tórax hay una zona de matidez en tercio superior de hemitórax derecho, plano posterior.

Corazón: Tonos puros, ritmicos, a 104. Tensión arterial, 9/5.

Abdomen, normal; no se palpa hígado ni bazo.

Exploración neurológica: Los pares craneales son normales, a excepción del signo de Bernard-Horner, descrito anteriormente. En los miembros superiores el tono, motilidad y reflejos son normales. En los miembros inferiores hay una paraplejia espástica con contractura en extensión. Pies en equino-varo. Reflejos tendinosos vivos con respuesta clonoide. Babinski y succedáneos, positivos en ambas piernas. Marcado reflejo de acortamiento con triple retirada. La falta de colaboración de la enferma hace difícil la exploración de sensibilidades, pero parece existir una disminución de todas las sensibilidades superficiales en ambas piernas, con conservación relativa de la sensibilidad profunda. Reflejos abdominales abolidos. No hay dolor al golpeteo electivamente en ningún punto de la columna vertebral.

En las exploraciones complementarias practicadas se obtuvieron los siguientes datos:

Sangre: Hematies, 3.940.000. Hb., 76 por 100. Valor globular, 0.96. Leucocitos, 14.200; neutrófilos segmentados, 56; en bastón, 2; eosinófilos, 5; linfocitos, 35; monocitos, 2. Velocidad de sedimentación, 52 y 88. Índice, 48. La calcemia, 12.9 por 100. La fosforemia, 4 mg. por 100. La fosfatasa ácida, 1,1 unidades; la alcalina, 10 unidades.

La reacción de Cassoni fué negativa, así como la reacción de Weimberg.

En el electroencefalograma se encontró un trastorno difuso de la actividad bioeléctrica, tanto de la corteza cerebral como de las estructuras de la base. No fué posible evidenciar signos de lesión cerebral circunscrita en la superficie de los hemisferios.

En las radiografías de tórax, posición antero-posterior, lateral y tomografías, se aprecia la existencia de una opacificación en el vértece y campo pulmonar superior derecho, de contornos bien delimitados, pero con diferente densidad de sombra de la parte periférica de la central próxima al hilio, donde se delimitan perfectamente dos tumoraciones.

En las radiografías de columna dorsal, posiciones lateral y oblicua derecha, se observa en IV-D una depresión cóncava del borde anterior que parece corresponder a una osteolisis por compresión. Los agujeros de conjunción parecen normales.

El estudio de una masa cervical obtenida por biopsia demostró ser una neoformación de tejido nervioso, constituido por acumulaciones ganglioniformes incluidos en los alvéolos de un estroma fibroso portador de haces de fibras nerviosas y células de acompañamiento; citológicamente la neoformación es compleja, predominan las células de estirpe simpática en distinto grado de evolución y madurez (simpáticogonias, simpáticoblastos y gangliocitos, algunos multipolares). Existen abundantes haces de fibras nerviosas provistas de sus correspondientes células schwannoides que arrancan o terminan en los acumulaciones ganglioniformes, ramificándose sus fibras desordenadamente entre los corpúsculos nerviosos. Diagnóstico histopatológico: Ganglioneuroma (doctor ARTETA).

Por el curso y desarrollo lento, el buen estado general de la enfermita después de cuatro años de enfermedad, las características de la tumoración, etc., descartadas las posibilidades de un quiste, por lo demás inadmisible dada la evolución clínica, pensamos en una tumoración benigna de probable desarrollo a expensas de los ele-

mentos nerviosos, como venia a confirmar el estudio del ganglio, que establecia el diagnóstico de ganglioneuroma. Sin embargo, el problema de la enferma era entonces tratar de resolver su proceso neurológico, la paraplejia, que llevaba instalada cuatro meses. El mecanismo de la afectación medular era, sin duda, osteolisis de la IV vértebra dorsal, en el continuo y progresivo crecimiento de la tumoración. La única posibilidad de resolver el cuadro de la enferma era el ataque de la tumoración, tratando, a pesar de las dificultades técnicas quirúrgicas, de extirparlo.

La intervención, realizada por los doctores ORRADOR y MARTINEZ BORDIU, fué practicada el dia 2-V-56.

Anestesia: Kemithal - curare, endotraqueal, trilenoxígeno (doctor Elio).

Incisión interescáculo-vertebral, cuyos límites, superior e inferior, corresponden, respectivamente, al extremo de la espina del omoplato y el ángulo inferior del mismo hueso.

Tras la incisión del trapecio y dislaceración de fibras del romboide se hace una liberación subperióstica de la segunda costilla y se obtiene un plano de despegamiento extrapleural que permite la exploración de una masa tumoral que incide por propulsión y ocupa toda la cúpula torácica, desplazando hacia abajo y provocando por compresión externa una atelectasia del lóbulo superior.

Sección posterior, a nivel de las articulaciones costotransversas de la tercera y cuarta costillas.

Incisión de la pleura parietal, volviéndose a visualizar intratorácicamente la formación tumoral arrosariada y de distinto tamaño que, arrancando mediante un pedículo a nivel del seno costovertebral, se extiende ocupando toda la cúpula torácica hasta el mediastino comprimiendo venas subclavia y ácigos, es decir, la compresión corresponde a porción inferior de vena cava superior. Se hace la liberación de la masa tumoral, cuya cúpula está constituida por la pleura parietal engrosada y llena de ectasias vasculares.

Al hacer la liberación por el extremo costovertebral se ve que se continúa a través del espacio intervertebral.

Se hace la extirpación de la porción intratorácica del tumor dejando el pedículo costovertebral.

Después de la extirpación de la masa pulmonar, y cuando sólo quedaban pequeños restos en la porción más inferior del hemitórax derecho, practicamos en la misma posición y sin cerrar la herida torácica una laminectomía de las tres primeras vértebras dorsales, aproximadamente. La porción intrarraquídea del tumor era superficial y apareció en el lado derecho del canal e inmediatamente después de comenzar la resección de las láminas. Tenía el mismo aspecto que la porción intratorácica y estaba formada por un tejido duro grisáceo que comprimía la médula en su porción antero-lateral derecha y en una extensión de unos 4 a 5 cm. Toda la masa tumoral era extradural y rechazaba el saco dural hacia el lado opuesto. Se fué extirmando a trozos el tumor intrarraquídeo, encontrando al final que la prolongación hacia tórax se hacia a través del espacio intervertebral de la parte media de la laminectomía, que estaba muy ensanchado. Una vez extirpada esta porción se veía la comunicación hacia tórax, pero independientemente del último trozo residual del tumor que quedaba más inferior y por debajo del lugar de la penetración hacia raquis. Entonces el doctor MARTINEZ BORDIU hizo la extirpación de este último trozo y al mismo tiempo que nosotros cerrábamos el orificio de la laminectomía él suturó la pleura parietal posterior y después cerró la herida torácica por planos en la forma habitual.

Curso postoperatorio: La enferma despertó bien de la anestesia y pasó en perfecto estado las primeras horas del postoperatorio. A media tarde comenzó a presentar un cuadro de disnea y una progresiva cianosis, rápidamente se hizo muy superficial la respiración y apareció un intenso colapso periférico, falleciendo la enferma sin que pudiéramos atajar el cuadro.

El informe del estudio anatomopatológico del tumor extirpado fué el siguiente:

En el aspecto macroscópico es un tumor recibido en

cuatro porciones, con un peso de 150 gr. Cada parte parece bien encapsulada y al corte todas ellas son de un color que va del amarillo al rojo intenso abigarradamente, pareciendo la consistencia, en general, firme.

En el estudio histopatológico los ejemplos estudiados procedentes de cada uno de los trozos recibidos, muestran una histología similar, con bandas de aspecto fibroso, que con las platas se identifican como elementos nerviosos y que se disponen en remolinos o estrías, entre las que quedan numerosos grupos de células muy grandes de protoplasma basófilo homogéneo y núcleo prominente, claro, redondeado, con nucleolo bien aparente. Estas células se identifican como ganglionares maduras y permiten establecer el diagnóstico de ganglioneuroma histológicamente benigno.

En los comentarios se señala la diferencia histológica entre el trozo estudiado por el doctor ARTETA, con simpatogonias y blastos, y los estudiados por el doctor MORALES, de aspecto benigno, así como la apariencia radiológica de los huesos de la pelvis, tan semejante a los de un Recklinghausen, demostrando todo ello la base distrófica de las tumoraciones nerviosas de este enfermo.

Han intervenido los doctores LARA, FERNÁNDEZ CRIADO y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

LEUCEMIA LINFOIDE. SARCOLEUCOSIS

Doctores PERIANES y PELÁEZ.—El 12 de marzo de 1955 ingresó en nuestra Sala la enferma M. R. D., de veinticinco años, soltera, natural de la provincia de Madrid, y que contaba que hacía un año aproximadamente, y encontrándose anteriormente bien, comenzaron a salirle unas manchas rojizas en las mejillas, región malar, y alas de la nariz. Otra semejante, y de tamaño como la palma de la mano, le salió en la parte superior del tórax. Sin que el estado general se alterara, y solamente notando de cuando en cuando sensación de tirantez en dichas regiones, y que en el verano las manchas se hacían más rojas, ha continuado hasta hace cuatro meses, en que le salió un granito en la mancha de la mejilla izquierda, prominente y de color azulado, que dejó salir un poco de sangre y que posteriormente fué creciendo de tamaño hasta ser del de un huevo de paloma. Hace tres meses se le presentaron molestias a la deglución, que diagnosticaron de amigdalitis, pero que trataron durante un mes con antibióticos sin mejorar nada; respondió favorablemente a las sulfamidas (que le suspendieron porque se le puso muy enrojecido la cara y el pecho). Durante el tratamiento con antibióticos se le presentaron dolores en las articulaciones de los codos y muñecas, rodillas, pies y hombros, con tumefacción que le duró un mes. Después quedó con gran pérdida de fuerzas, y hace quince días se le presentaron diarreas por la noche y el día, sin fiebre, que le duró cinco días, al cabo de los cuales se quedó estreñida, hasta la actualidad. No ha tenido hemorragias.

Los antecedentes, sin interés.

En la exploración es una enferma bien constituida y nutrida, palpándose en la mejilla izquierda una tumoración redonda, del tamaño de cinco céntimos, desplazable y de consistencia no dura. Las regiones malares, frente y dorso de la nariz, tienen una coloración rojivinosa. Los párpados tienen aspecto edematoso, comprobándose a la palpación nódulos con iguales características que el anterior, más pequeños.

Faringe con numerosos folículos linfáticos.

Pequeñas adenopatías en cuello, libres y rodaderas. Pulmón y corazón, normales. Pequeño soplo sistólico suave en punta.

Se palpa el polo inferior del bazo. Presión arterial 13,5/6,5.

S. N., normal a la exploración. Exantema del mismo color que el de la cara de disposición reticular, localizado en cara anterior de muslos y piernas.

El aspecto enrojecido de la cara, con una historia reumática, y el soplo sistólico en punta, de primera intensión nos hizo pensar en un lupus eritematoso, que quedó completamente descartado al palpar los nódulos en esas regiones y saber el resultado del análisis de sangre, que

arrojó una anemia de 3.080.000 hematies con 58 por 100 de Hb., una V. de S. de 13,5 y un recuento de 11.450 leucocitos, de los que un 24 por 100 eran segmentados, 10 formas en cayado, 1 eosinófilo, 43 linfocitos, 19 *sarcoleucitos* y 3 monocitos. Decía el informe del doctor PANIAGUA: "Entre las células de hábito linfoide, abundan con núcleo grande y protoplasma escaso, frecuentes de cromatina reticulada más o menos densa, y algunos con nucleolo de carácter definidamente blástico. Ciertos polimorfismo, algunos núcleos hendidos, nucleolo recortado muy excéntrico, a veces coronas de vacuolas en el protoplasma y aparente transición a células linfáticas, inclinan a considerar *sarcoleucosis*." El fenómeno L. E. fué negativo. Las plaquetas estaban ligeramente disminuidas. La punción medular dió 55 por 100 dislinfocitos, 229 linfocitos, observándose mitosis en los linfoblastos patológicos, y en ellos la reacción de las oxidadas era rotundamente negativa. En la orina no había nada anormal: la urea en sangre era de 0,22 y un Van Slyke de S. B. C., 112 por 100. Tenía 5,8 gr. de proteínas totales por 100 c. c. y un cociente A./G. de 1,4. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ, antes de conocerse los resultados de los análisis, ya pensó en una linfosis, recordando casos similares con infiltrados cutáneos. Al confirmarse el diagnóstico, manda un tratamiento con TEM. El 11 de abril la enferma se encuentra peor. Hace ocho días que está tomando el TEM (4 mg. diarios). Desde hace cuatro días tiene dolores intensos en la mano derecha y muñeca que no son sólo articulares, sino de toda la mano. Le han salido nuevos nódulos en la región supraorbitaria izquierda, ángulo derecho de la mandíbula, y otro en la región preauricular derecha. En la exploración faríngea (ella dice que se encuentra acatarrada) se ve una masa infiltrante que desciende por la región lateral izquierda. Se hacen radiografías de ambas manos. Se le pone mostaza nitrogenada, ya que los dolores, por probable infiltración perióstica, no ceden. Tampoco con ésta se obtiene resultado, por lo que se le dan sesiones de radioterapia,

con lo que parece que mejora. El 27 de abril tiene una fórmula leucocitaria con 25 neutrófilos y 38 linfocitos, de los que 33 son sarcoleucitos. El 9 de mayo tiene un dolor abdominal irradiado a genitales que parece de inflamación nefrítica. El ácido úrico es de 3 mg. por 100.

Durante el tiempo que está ingresada en la Clínica tiene una evolución cada vez más accidentada: le salen tumoraciones en ambos antebrazos, adenopatías voluminosas en las axilas, le crecen las tumoraciones de la cara hasta adquirir un aspecto verdaderamente monstruoso, como se puede apreciar en las fotografías; anemia que en determinados momentos llega a un millón y que requiere repetidas transfusiones, dolores intensos que ceden algo a la administración de ACTH, y en los últimos días las tumoraciones son múltiples, los dolores intensísimos, el estado general cae y muere la enferma el 22 de febrero de 1956. En total, ha estado ingresada once meses en la Clínica.

En la autopsia se encuentran dos lesiones similares en ambas mejillas, que consisten en placas duras, rojas, algo prominentes, 200 c. c. de líquido en cavidad pleural y unos 500 en el pericardio.

Ganglios mesentéricos muy aumentados de tamaño, el hígado grande y pálido y un bazo enorme con periesplenitis y manchas de infartos.

Ganglios mediastínicos muy aumentados de tamaño. No hay aumento de tamaño del timo.

En el análisis microscópico se encuentran células leucémicas en tejido intersticial del corazón, en algunos pequeños vasos del pulmón, en los espacios porta y siniestrales del hígado, sustituyen la normal estructura del bazo en algún capilar de las suprarrenales, escasean en el tejido intersticial del riñón, llenando extraordinariamente los capilares en los ovarios, en los ganglios linfáticos, en las amigdalas y piel.

La célula leucémica tan repetidamente nombrada es de estirpe linfoide, generalmente pequeña y bastante uniforme en tipo, con carácter del sarcoleucito.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 5 de septiembre de 1957 por la que se convoca concurso de méritos y servicios para la provisión de catorce plazas de Médicos internos de la Beneficencia General del Estado. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de septiembre de 1957.)

Médicos de la Beneficencia General del Estado.

Orden por la que se convoca oposición para cubrir diez vacantes de anestesiistas con destino al Gran Hospital de la Beneficencia General (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de septiembre de 1957.)

UNIVERSIDAD CENTRAL DE MADRID Facultad de Medicina.

Cátedra de Patología Quirúrgica y Servicio de Cirugía del Hospital Clínico de San Carlos del Profesor R. Vara López.

I Curso de Anestesiología y Hemoterapia.

A cargo del Doctor R. Llauradó con la colaboración del Doctor A. Alvarez Vizcaíno.

Temas y prácticas de hemoterapia a cargo del Doctor C. Elósegui, Director del Instituto Español de Hematología y Hemoterapia.

Madrid, 1957-1958.

El Curso dará comienzo el día 1 de noviembre de 1957

con arreglo al horario que se anunciará oportunamente, siendo su duración de un año.

Las clases prácticas tendrán lugar en la Facultad de Medicina, Quirófano y Servicios de esta cátedra.

Para matricularse en el Curso es necesario poseer el título de Doctor o el de licenciado en Medicina y Ciencia.

El número de alumnos no será superior a seis.

Al finalizar el Curso, y previo examen de competencia, los señores alumnos recibirán un diploma acreditativo de capacidad, así como el diploma del I. E. H. H.

La cuota de inscripción es de 5.000 pesetas.

Las solicitudes deberán dirigirse antes del 15 de octubre al Servicio de Anestesiología, cátedra de Patología Quirúrgica del Profesor Vara López, Facultad de Medicina. Madrid.

I CONGRESO INTERNACIONAL DE PROCTOLOGIA

Del 1 al 8 de diciembre de 1957.

Hotel Provincial. Mar del Plata.

Nómina de relatos y relatores:

"Tratamiento del prolapsus completo del recto", Doctor Gabriel (Londres).

"Técnica de las operaciones colónicas con especial referencia del cáncer", Doctor Maingot (Londres).

"Anatomía quirúrgica anorrectal. Cáncer de recto", Doctor Naunton Morgan (Londres).