

a la psicosis maniacodepresiva, en reciente monografía nuestra dedicada a tal enfermedad, calificando de psicosis endógenas marginales a la esquizofrenia y epilepsia genuina, que les dedicamos otra monografía de la misma colección (Colección Española de Monografías Médicas, números 191, y 192, Psicosis endógenas centrales, y números 193-194, Psicosis endógenas marginales. Barcelona, 1953). Hemos sustentado en las mencionadas monografías, y seguimos creyendo, que dentro de la difícil problemática entre lo endógeno y lo exógeno, diferenciación cada vez menos sostenible a medida que avanzan nuestros conocimientos causales en psiquiatría, la esquizofrenia y, sobre todo, la epilepsia esencial ocupan un lugar más periférico, o sea, más cercano a la exogenia que las psicosis del círculo maniacodepresivo, que, sobre todo en sus formas típicas atenuadas, se pueden incluso aceptar como variaciones "comprensibles" del acontecer psíquico normal en sus oscilaciones cíclicas "endógenas" del estado de ánimo anclado en la esfera vital de la personalidad, o sea, la más directamente correlacionada con el temperamento, que aquí es como decir con el substrato endocrino-vegetativo-humoral (vitamínico-fermentativo, ante todo), estrechamente vinculado a las formaciones centroencefálicas (diencéfalo-sustancia reticulada-hipófisis). En efecto, la persona normal puede penetrar hasta cierto punto en los estados de ánimo que recuerdan la manía o la melancolía, es decir, los cuadros homónimos de KLEIST; lo que no sucede con los cuadros heterónomos de este autor, entre los cuales deben incluirse la esquizofrenia y la epilepsia genuina, que no guardan ya relación alguna con el psi-

quismo normal, en el sentido de empatía o comprensibilidad de sus síntomas psicopatológicos. Aquí hay un *novum* tangible, si bien desconocido aún; algo orgánico, general a toda enfermedad, sea del orden que fuere, que ha puesto en marcha un proceso patológico cerebral o extra-cerebral (la fantasmagórica "somatoses") al margen de la endogenia *sensu strictu*, que juega, sin embargo, el importante papel de factor causal preponderante.

RESUMEN

Se hacen unas consideraciones sobre las psicosis endógenas de KLEIST-LEONHARD, en frecuencia en su etiología, clínica y pronóstico.

SUMMARY

Considerations are made on cases of endogenous psychosis of Kleist-Leonhard, their frequency, clinics, and prognosis.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden Betrachtungen über Aetiologie, Klinik und Prognose der endogenen Psychosen von Kleist-Leonhard angestellt.

RÉSUMÉ

On fait quelques considérations sur les psychoses endogènes de Kleist-Leonhard, leur fréquence, leur étiologie, leur clinique et leur pronostic.

NOTAS CLÍNICAS

QUISTE BRONQUIAL

E. R. LOSADA TRULOCK, C. MARTÍNEZ BORDIÚ,
R. CEBALLOS.

Clinica Médica Universitaria e Instituto de Investigaciones
Clínicas y Médicas.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

En la Policlínica de Cardiología de la Facultad de Medicina se presentó un enfermo (L. M. G.), de 24 años de edad, remitido desde el Departamento de Digestivo, al que había acudido por presentar una vagas molestias abdominales. Además, desde hace diez años se nota continuamente cansado, con un indefinible malestar y astenia generalizados, que llegó a merecer el diagnóstico de insuficiencia cortical. Llega a nuestras manos porque le objetivan una bradicardia de 46 al minuto.

Nuestra exploración clínica confirma esta bradicardia siendo todo el resto de la exploración normal.

Los exámenes de laboratorio fundamentales son normales.

El electrocardiograma no acusa más que la bradicardia señalada.

En radioscopia se ve un tórax normal, salvo que a la altura del cayado aórtico, a la derecha, se ve una sombra de contorno circular, homogénea, sin latido propio, que en las posiciones oblicuas se sitúa entre el mediastino medio y el anterior (fig. 1).

Es difícil con estos datos hacer un diagnóstico correcto de la naturaleza de esta formación. Podíamos suponer que no era una adenopatía bacilar, por la normalidad de la eritrosedimentación y la ausencia de lesiones pulmonares. Tampoco nos pareció una formación maligna, por análogo razonamiento. Quedaba abierto el gran capítulo de los tumores benignos de origen timico, tiroideo, dermoide, nervioso, bronquial, etc.

Como toda la sintomatología de nuestro enfermo la podíamos explicar a través de la irritación mecánica del vago por esta tumoración, planteamos la conveniencia de la intervención quirúrgica.

Días antes presentamos el caso al Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, el cual dedicó una lección de Cátedra a comentarlo, y aceptando nuestro diagnóstico se inclinó hacia la posibilidad de un quiste bronquial.

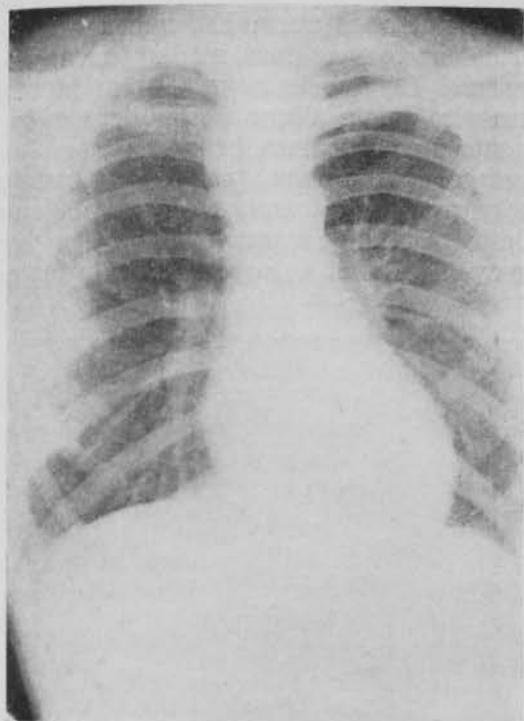


Fig. 1.

Decidida y aceptada la intervención quirúrgica, además de comprobar la normalidad de coagulación, hemorragia, glucemia, etc., se obtienen las tomografías adjuntas (fig. 2), que demuestran su situación, a 9-10 cm.

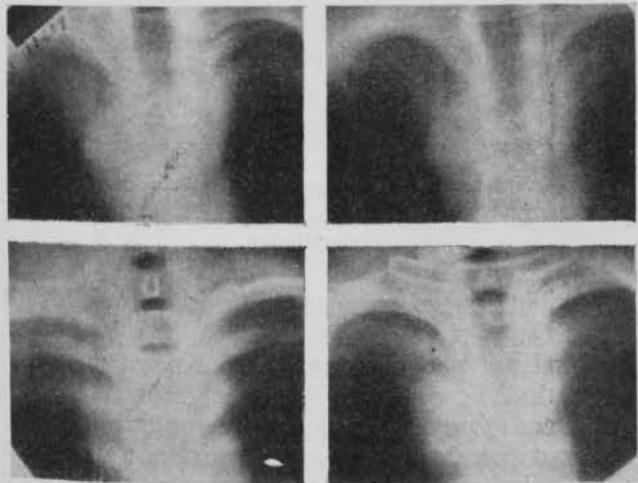


Fig. 2.

del plano posterior, y su naturaleza no vascular, por la ausencia de latido en el electrokimograma y densograma (figs. 3-4-5).

Se interviene a través de una toracotomía derecha, a la altura de V espacio, sin resección costal. No hay adherencias pleurales. A nivel de la desembocadura del tronco ácigos, en la cava superior, aparece una tumoreación ovoidea, de consistencia gelatinosa, cubierta por pleura mediastínica e intimamente relacionada conplexo vagal y formaciones vasculares. Se despega la tumoreación de las estructuras nerviosas y se cierra por planos.

Caso 10176. L. M. G. En el Departamento de Anatomía Patológica se recibió una formación redondeada, de color rosado y superficies finas y brillantes, que media 4 cm. de diámetro y daba una sensación renitente al tacto. Una vez abierta se encontró tratarse de una bolsa quística, de paredes finas, de aspecto fibroso y superficie interior lisa y nacarada, que contenía una sustancia de consistencia gelatinosa, blanda, adherente, de color verdoso.

Cortes diversos de la pared mostraron microscópicamente una muy buena ordenación: la superficie interna podía encontrarse desnuda, pero, por lo general, se hallaba recubierta por un epitelio alto (fig. 6), monoestratificado, aunque con tendencia a la pluriestratificación, al menos aparente, epitelio que en muchas zonas conserva claramente pestañas vibratiles (fig. 7) y que no es sorprendido en metaplasia escamosa en ningún punto. Dicho epitelio se limita hacia fuera por una fina muscularis mucosae que falta a trechos y por una submucosa vascul-

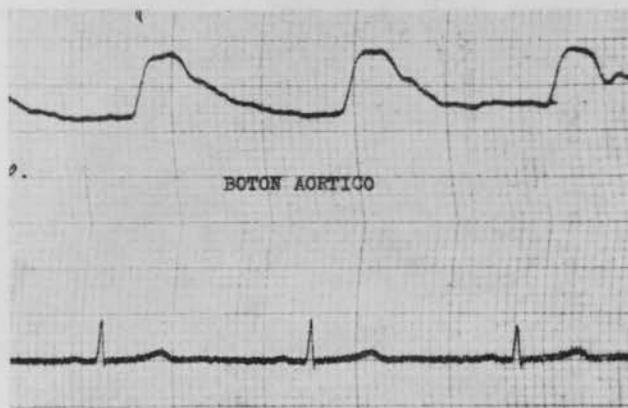


Fig. 3.

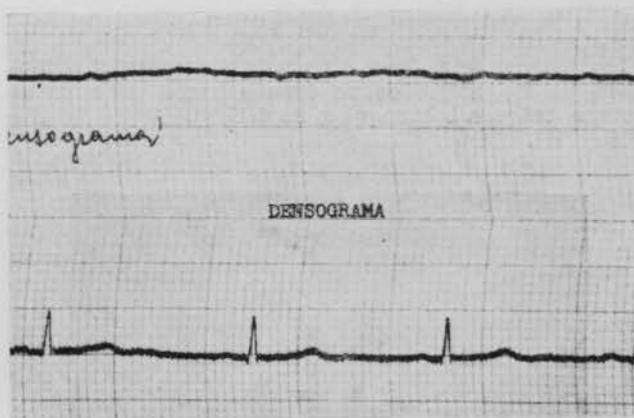


Fig. 4.

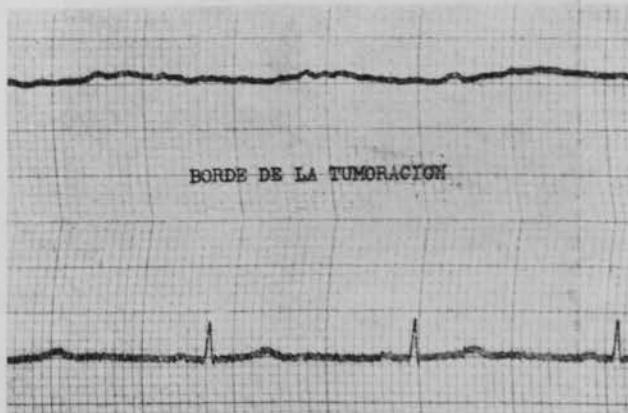


Fig. 5.

lo-conectiva sin signos inflamatorios. Más hacia fuera, fibras musculares lisas, en dos direcciones, transversal y longitudinal, acaban de formar la cápsula de la formación junto a una última capa de tejido conectivo, denso, que imita la adventicia de tráquea, esófago, recto u otros órganos (fig. 8).

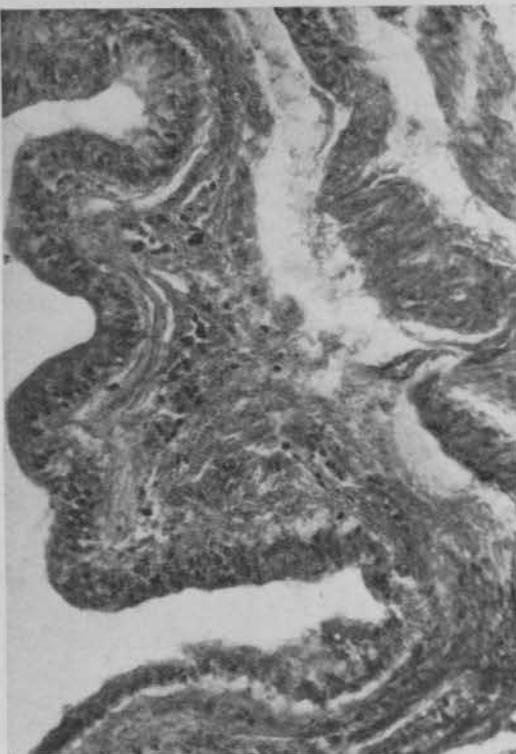


Fig. 6.—Mucosa de tipo bronquial finamente pegada sobre la muscularis y submucosa. Muscular propia en el fondo.

En resumen, el todo es algo muy "organizado", simulando un fragmento de un órgano hueco, derivado de faringe, tráquea o bronquios, es decir, un típico "quiste bronquial".



Fig. 7.—Detalle de un campo de la mucosa que exhibe pestañas vibrátiles.

Conocida es la frecuencia de las formaciones mediastínicas, que tienen como origen un defecto en el desarrollo. La complejidad de los elementos que en esta zona se forman, su complicada embriología, su relativa facilidad para desviarse de patrones normales, hacen que el hallazgo de malformaciones mediastínicas no sea una rareza. Lo que hace este caso interesante y, a nuestro juicio, digno de publicarse, es precisamente su naturaleza bronquial.

Teratomas quísticos (para SCHLUMBERGER, procedentes de malformaciones en el "anlage" del timo), quistes pericárdicos (los "spring water cysts" de los autores sajones), formacio-

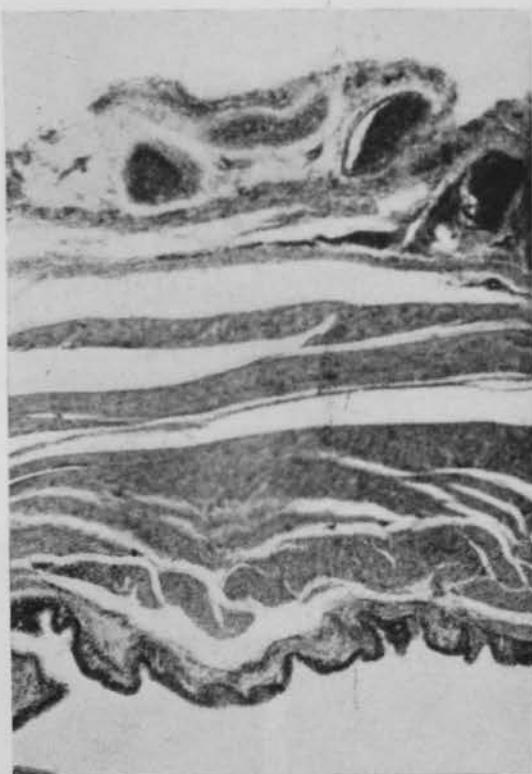


Fig. 8.—Aspecto del total espesor del quiste: mucosa, submucosa, muscularis mucosae, muscular propria (grosera, con dos órdenes de fibras) y subserosa con abundantes vasos engorgitados.

nes quísticas propiamente tímicas (quistes de DUBOIS), derivadas de tiroides desplazado en mediastino, procedentes de malformaciones en el tracto digestivo (quistes gastro o gastro-entéricos) son, con el quiste bronquial, los diferentes tipos de formaciones quísticas de origen congénito, que podemos encontrar en la región mediastínica. Junto a ellas se encuentran los quistes adquiridos (parasitarios, tumores quisticificados o hematomas con degeneración quística) de los que no vamos a hablar.

Refiriéndonos ahora exclusivamente al tipo que nos ocupa, es decir, al quiste bronquial o broncogénico (otras sinonimias usadas frecuentemente: quiste de epitelio ciliado, reduplicación de tracto respiratorio), LAIPPLY halló, en su revisión del año 1944, 34 casos en la literatura; otros 43 nuevos casos fueron publicados en los siguientes años, muchos de estos casos fu-

ron hallazgos incidentales en autopsias; sólo en la infancia o en pubertad producían signos de obstrucción traqueobronquial.

Todos ellos muestran una anatomía microscópica semejante a nuestro caso: epitelio ciliado columnar seudoestratificado, a veces con islotes de metaplasia escamosa y, por fuera, conectivo mezclado con músculo liso, más o menos organizado, y, en ocasiones, glándulas mucosas e incluso cartílago hialino.

MAIER ha intentado clasificarlos, basándose en su localización, en cuatro grupos: 1) Paratraqueales, adheridos a la pared traqueal, generalmente por encima de la bifurcación. 2) Carinales, que adheridos a ella, suelen mostrar también fuertes uniones a pared anterior esofágica. 3) Hiliares, unidos a uno de los bronquios principales, y que comprenden la mayoría de los encontrados en niños mayores y adultos. 4) Paroesofágicos, en íntima relación con el esófago y mucho menor con el tracto respiratorio.

El origen de estos quistes, particularmente los del grupo hiliar, ha sido atribuido a la formación de un pequeño divertículo adicional, cerca del sitio de "anlage" del tubo respiratorio, en el intestino anterior; subsecuentemente es llevado hasta el mediastino al seguir a la tráquea en su desplazamiento y crecimiento hacia debajo. Esto

hace que, en realidad, estos quistes puedan ser considerados como lóbulos accesorios, no desarrollados, pulmonares, y esto es más claro aún en los casos en que una comunicación del quiste con el árbol traqueo-bronquial puede demostrarse.

Nuestro caso, un típico ejemplo de quiste bronquial, pertenece al tipo 3 de la clasificación de MAIER, y es notable en él la muy perfecta ordenación de sus capas constituyentes, que generalmente no es tan organoide.

Vemos al enfermo días después y se encuentra totalmente recuperado. Persisten, atenuadas, las molestias digestivas, y el pulso late a 90 por minuto.

En resumen, nos parece que es un caso claro de hipertono vagal verdadero; no un diagnóstico de recurso, que obedece a una causa orgánica cuya autenticidad se demuestra por el hecho de la recuperación total tras la extirpación del tumor.

BIBLIOGRAFIA

- BLADES, B.—Ann. Surg., 123, 749, 1946.
BROWN R. K., y ROBBINS, L. L.—J. Thorac. Surg., 13, 84, 1944.
LAIPPLY, T. C.—Arch. Path., 39, 153, 1945.
LAMBERT, A. V. S.—J. Thorac. Surg., 10, 1, 1940.
MAIER, H. C.—Ann. Surg., 127, 476, 1948.
MIXTER, C. G., y CLIFFORD, S. H.—Ann. Surg., 90, 714, 1929.
SCHLUMBERGER, H. G.—Arch. Path., 41, 398, 1946.
SCHLUMBERGER, H. G.—Tumors of the mediastinum. Atlas of Tumor pathology. Sect. V-Fasc. 18. Washington, 1951.

UN CASO DE DISGENESIA GONADAL CON SINDROME DE TURNER, EN UNA NIÑA DE OCHO AÑOS, Y SU DIAGNOSTICO ACTUAL

S. CLARIANA PASCUAL, A. PASCUAL-LEONE
y M.^a T. GARCÍA FERRER.

Servicio de Endocrinología y Nutrición del SOE; Valencia.
Titular: Dr. S. Clariana.

Vamos a exponer en la siguiente comunicación la historia de una enfermita vista por nosotros, que presenta el cuadro típico ya descrito por MORGANI en 1760, que en la actualidad denominamos como síndrome de Turner o disgenesia gonadal.

Con la inmensa abundancia de publicaciones que se padece actualmente, publicar un caso más no se puede hacer sin explicarse. Y son dos, ahora, las razones que nos hace pensar que valga la pena. En primer lugar, la perfección con que tristemente nuestra enfermita realiza el síndrome nosológico, del que no falta sino la amenorrea primaria, que por la edad de la niña (8 años), que no ha llegado al tiempo de la menarquia, no puede tener lugar. La segunda razón, que depende del avance de la ciencia médica en este campo durante los últimos años, es la posibilidad que hoy esta niña hubiera tenido de

ser diagnosticada en su primer mes de edad, con la ventaja que para el desarrollo de la niña hubiera supuesto, dada la terapéutica hormonal de que se dispone hoy.

HISTORIA CLÍNICA.

J. C., de ocho años de edad, es enviada a la consulta de endocrinología porque no crece, tiene un aspecto patológico y no aprende en la escuela. En realidad es su aspecto lo que más preocupa a los padres, que la han llevado a un cirujano antes, por consejo de su médico de cabecera, para que vea de operarla y remediarlo en algo. Es el cirujano quien antes de intervenir quiere que la veamos nosotros.

Se trata de una niña hija segunda de un matrimonio de tres hijos. Menuda, de 1,114 cm. de talla, 105 cm. de braza y 19,700 kg. de peso. Buen estado de nutrición, coloración sonrosada. No rehuye al médico, es cariñosa y sonriente, aunque silenciosa.

En la cara se observa (fig. 1) hipertelorismo, discreto epicantus, boca grande y diastema dental. El maxilar inferior es hipotrófico.

El cuello muestra, detrás de las orejas, hacia los hombros, los repliegues del pterigium, que es muy marcado; la inserción del pelo, en la nuca, está muy prolongada hacia abajo, como asimismo están implantadas bajas las orejas (fig. 2).

El tronco es achaparrado, con 67 cm. de perímetro torácico. Con la piel laxa y numerosos nevos. Presenta una ligera depresión central (tórax en embudo); las mandíbulas son hipoplásicas y están muy separadas.

Los surcos de las manos son casi mongoloides, y hay hipoplasia de las terceras falanges. La radiografía de las muñecas no presenta anomalías. Ligero cúbito val-