

tión y edema del izquierdo. Dilatación e hipertrofia predominante del ventrículo derecho. Degeneración tigreide. Arterioesclerosis. Congestión y degeneración adiposa del hígado. Varices esofágicas.

Como se desprende de los hallazgos en la necropsia, la tumoración mediastínica que provocó todo el cuadro clínico y la muerte de dicho enfermo era un quiste hidatídico del mediastino. Las posibilidades diagnósticas que nosotros teníamos en este sentido eran nulas, ya que a un quiste hidatídico del mediastino no hubiéramos llegado, más que en el caso de haber podido demostrar que el diagnóstico probable que habíamos hecho resultaba falso y esto no pudo hacerse por la prematura muerte del enfermo. Ante la realidad escueta de los hechos nos explicamos perfectamente toda la sintomatología clínica exhibida por el enfermo. Si juzgamos de la antigüedad del quiste por el espesor de su cápsula y el tamaño, no deja de llamarnos la atención la perfecta acomodación de los órganos vasculares del mediastino al obstáculo mecánico que suponía el quiste. Todos los demás síntomas se explican también perfectamente por la localización del quiste sobre la aurícula derecha, aunque sorprende que comprimiéndola no presentara este enfermo más síntomas debidos a dificultad en la circulación de la vena cava inferior y vena cava superior. Las manchas parenquimatosas del pulmón y las reacciones biliares no eran más que consecuencia del estasis motivado por el desfallecimiento del ventrículo derecho y este mismo estasis fué el terreno para el asiento de una infección bronquial permanente, que justificaba su leucocitosis y neutrofilia; la densa cápsula del quiste quizá condicionaría la no existencia de eosinofilia.

Hemos presentado un caso de quiste hidatídico del mediastino y si lo hacemos es simplemente con el objeto de presentar una curiosidad clínica, pero no como medio de enseñanza, pues la localización mediastínica de tales quistes es tan extraordinariamente rara que ante un caso de tumoración mediastínica pensar en la hidatidosis conduciría más a confusiones y errores que a aciertos diagnósticos, siempre y cuando no se hubieran descartado las otras posibilidades etiológicas.

NEURINOMA DEL NERVIO MEDIANO

A. RAVENTÓS MORAGAS

Habíamos ya terminado el trabajo sobre neurinoma del cubital (en colaboración con el doctor R. ROCA DE VIÑALS), cuando vimos este segundo caso de neurinoma que sucintamente vamos a relatar.

Enfermo J. N., de Puerto de la Selva. Cincuenta años de edad.

Antecedentes patológicos familiares y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace más de un año que nota calambres en la mano, que a veces, según qué trabajo hace, se



Fig. 1. — Caso 2.º J. N. - Neurinoma del mediano. (Preparación y microfotografía del Dr. J. RUBÍ). Véase en este campo, y en la porción inferior y central del corte, el aspecto típico de «empalizada».



Fig. 2. — Caso 2.º J. N. - Véase como algunas fibras nerviosas surcan la periferia del tumor.

convierten en fuertes dolores. Le diagnosticaron de reumatismo y fué tratado con salicilato sódico. Al poco tiempo vió aparecer un pequeño nódulo en cara anterior del antebrazo a nivel de la flexura del codo, a un centímetro de la línea de flexión. Cuenta el enfermo como al presionarle sobre esta tumoración se le produce dolor a lo largo de la mano y dedos pulgar, índice y medio.

Exploración. — Cuando asiste a nuestra consulta particular presenta un nódulo del tamaño de una almendra en la cara anterior del antebrazo, bien delimitado, movable en sentido transversal y poco en el longitudinal y cuya presión causa dolor local y sensación muy acentuada en todo el territorio de distribución del nervio mediano. No hay déficit motor de ningún grupo muscular, y explorando la sensibilidad que perte-

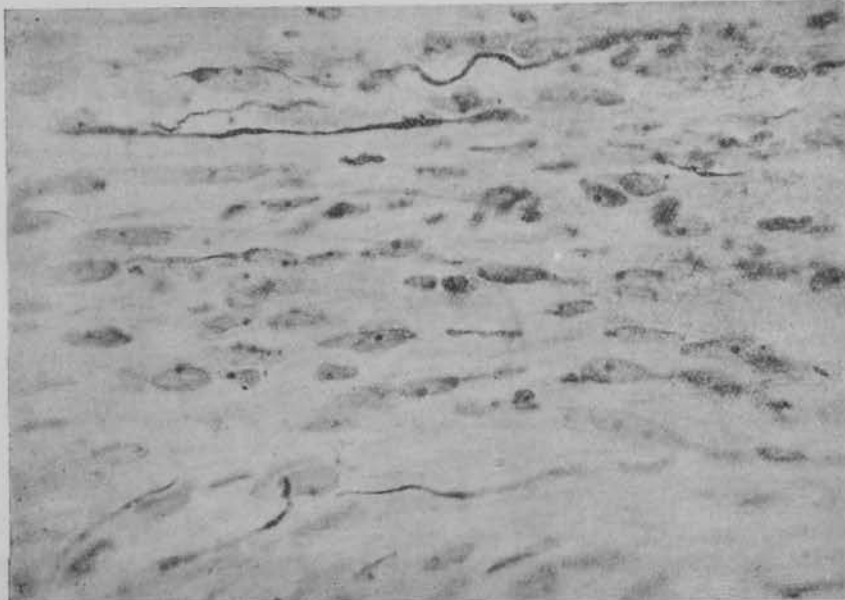


Fig. 3. — Caso 2.º J. N. — Véase algunas fibrillas nerviosas aisladas en medio del tejido tumoral.

nece al territorio de este nervio, la epicritica aparece a nivel del índice y del dedo medio como ligeramente aumentada.

Diagnosticamos de probable neurinoma del nervio mediano y aconsejamos la intervención.

Operación (Dr. Raventós, ayudante, Dr. Salazar). — Anestesia local. Incisión lineal en sentido del eje del miembro por encima de la tumoración, llegando a ésta vemos cómo está en el trayecto del nervio mediano, bien capsulada, pero adherida al tronco. Incindimos el perineuro, e intentamos la enucleación, que es fácilmente conseguida, excepto en dos puntos de sus polos, donde se continúa con algunos hacecillos de fibras nerviosas. Fruncimiento de la cavidad, que deja su extirpación con puntos de catgut. (Véanse microfotografías 1, 2 y 3 del caso segundo, hechas por el Dr. J. Rubió.)

El curso postoperatorio es normal. Se quitan puntos a los ocho días, cicatrizando por primera intención. La motilidad es normal, la sensibilidad igual, excepto a nivel de la zona de la falangeta del dedo medio.

Posteriormente (hace seis meses de la intervención) continúa el enfermo completamente curado.

COMENTARIOS

Este caso presenta como particularidades:

- 1.ª No haber antecedente traumático destacado.
- 2.ª El que algunas fibras nerviosas estuvieran adheridas a la tumoración y hasta algunas la atravesaran, como se ve por las microfotografías adjuntas.

No nos extendemos más en ellos, pues han sido hechos ya en el estudio del caso anterior.

CRISIS EPILÉPTICAS CON MOTIVO DE LA INICIACIÓN DE UN NEUMOTÓRAX TERAPÉUTICO EN UN TUBERCULOSO

T. CERVÍ

Director del Dispensario Antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife (Canarias)

El número de los accidentes inmediatos a las intervenciones pleurales (conocidos desde la primera publicación de ROGER en 1864 e incrementados con motivo del neumotórax terapéutico) ha decrecido considerablemente en razón del mejoramiento de la técnica. No obstante, no han desaparecido completamente, pues algunos de estos accidentes están condicionados por factores por ahora no controlables.

Sobre la patogenia de estos accidentes graves se ha escrito y discutido mucho, no habiendo unanimidad de pareceres, pues si bien gran número de autores (entre nosotros EIZAGUIRRE y TAPIA) abogan por un mecanismo embólico prácticamente exclusivo, otros, también con razones valorables (entre nosotros GIL-CASARES), sin dejar de admitir esta causa, no descartan la responsabilidad de los fenómenos reflejos en un número variable de casos.

No es nuestro objeto perdernos en la exposición de hipótesis, hechos y discusiones ya bien conocidos de todos y a los que nada nuevo podemos añadir, sino aportar un caso clínico, digno de breves consideraciones.

Enfermo P, de 24 años. Visto por primera vez en el consultorio privado el 29 de octubre de 1942.

Padres, saludables. Fueron diez hermanos; uno muerto al nacer; otro padeció un proceso tuberculoso de pulmón izquierdo, tratado por nosotros mismos en años anteriores con un neumotórax y curado; los demás hermanos, saludables. Soltero.

De infancia, sarampión, tos ferina y anginas.

A los cinco o seis años, jugando se cayó, clavándose ligeramente un trozo de cristal en la región tenar de la mano izquierda; accidente seguido de un ataque que fué diagnosticado como epiléptico. Desde esta fecha y siempre con ocasión de algún traumatismo (pelotazo en pecho, golpe en la frente, etc.), ha tenido cuatro o cinco ataques más, invariablemente diagnosticados como epilépticos; el último fué en 1935.

Después de esta fecha y durante nuestra guerra hizo toda la campaña sin ningún incidente, ni herida, ni enfermedad; tampoco padeció en este tiempo ningún ataque.

Al finalizar la guerra, en 1939, durante una semana, ictericia afebril, pasó sin secuelas.

Fumaba con moderación y apenas tomaba alcohol alguna vez. Nada venéreo. Vida regular.

Desde agosto de 1942, adelgazamiento y catarro, al que no dió importancia hasta que, hace unos quince días, con motivo de un episodio febril, consultó a su médico, quien comprobó una lesión tuberculosa izquierda con baciloscopia positiva en esputos.

Con este motivo lo vemos. Sujeto de tipo constitucional "respiratorio" (Sigaud), con cincuenta y nueve kilogramos de peso, en el que comprobamos un infiltrado tuberculoso inicial excavado infraclavicular izquierdo, sentando la indicación