

el último hasta obtener un resultado apreciable, que puede tardar en manifestarse varios meses e incluso uno o dos años, continuando luego con la vía oral para mantener el efecto. Siendo esta terapéutica una auténtica sustitución de una función abolida o decadente, es necesario, en general, mantenerla durante toda la vida del enfermo.

El empleo de los preparados testiculares puede acarrear algunos inconvenientes, que es preciso conocer, y que han sido bien estudiados recientemente por THOMPSON⁸. Es frecuente el desarrollo de acné y de ginecomastia, sobre todo cuando se emplean dosis altas; se ha observado también edema de las piernas, hipermetabolismo, excesivo desarrollo genital, eventualmente acompañado de erecciones molestas, etc.; ninguno de estos inconvenientes es suficientemente poderoso para disuadir del empleo de esta terapéutica, que en casos bien seleccionados puede ejercer sobre el enfermo una de esas renovaciones maravillosas que sólo es dado observar en el terreno de las opoterapias.

BIBLIOGRAFIA

1. R. DEL VALLE.—Sesiones Clínicas del Servicio de Patología Médica, 1944-45.
2. R. DEL VALLE.—Los infantilismos. Rev. Clín. Esp., 23, 134, 1946.
3. FALTA.—Enfermedades de las glándulas de secreción interna, 1941.
4. SELLHEIM.—Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionlehre, 10, 215.
5. JOSEFSON y LUNDQUIST.—Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., 39, 1910.
6. BAUER.—Fisiología, Patología y Clínica de las secreciones internas.
7. KASANIN y BISKIND.—Journ. Am. Med. Ass., 24, abril 1943.
8. W. O. THOMPSON.—Journ. Am. Med. Ass., 6 mayo 1944.

BAZO ACCESORIO

J. PABLOS ABRIL

Ex Médico Interno de Valdecilla y Jefe del Servicio de Digestivo de la Cruz Roja. Cáceres.

Hemos observado recientemente, al realizar una operación de cirugía gástrica, un caso de bazo accesorio, que asentaba en el ligamento gastrocólico. La poca frecuencia con que éstos se presentan, según la bibliografía modesta que tenemos a nuestro alcance, y su tanto por mil, tan exiguo en las grandes estadísticas de autopsias, nos mueven a publicarlo.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 2.037.

F. F. (Garrovillas). Mujer de treinta y cuatro años. 1 de febrero de 1947.—Ingresa de urgencia en la Cruz Roja.

Hace dos años que padece del estómago a temporadas, ardor y dolor post-prandial. Sin vómitos y estreñimiento. Nunca hemorragia. Las temporadas buenas eran de meses y las malas de ocho a quince días. Buen apetito.

Hace unos cinco o seis días que se encontraba en temporada de molestias.

Hace cuarenta y ocho horas, hematemesis de medio litro de sangre, aproximadamente, precedida de mareo y sudor frío. Pocas horas después, dos melenas (aproximadamente un litro). Volvió a marearse al tener és-



Fig. 1.—Se ve claramente el úlcus de cara posterior de estómago en la pieza sin abrir.

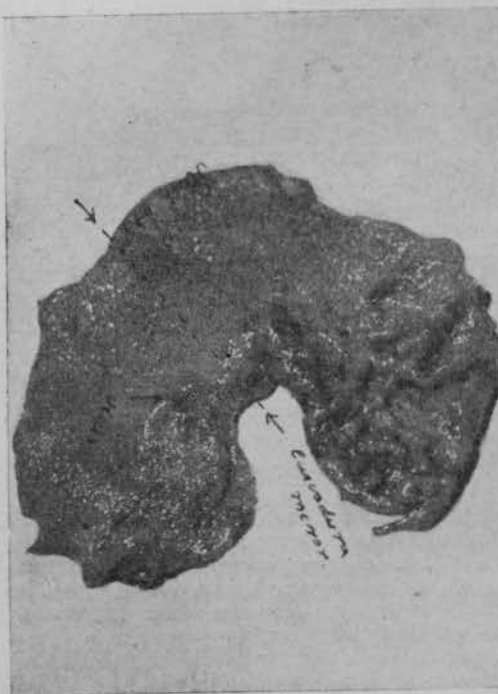


Fig. 2.—Se ha abierto la pieza por curvatura mayor.

tas. Desde entonces no ha vuelto a sangrar. Han desaparecido las molestias de estómago. Está a dieta absoluta y tiene mucha sed. Solamente décimas. Orina cantidad normal, aunque más encendida. No ha vuelto a dormir desde la hemorragia.

Exploración.—Temperatura, 37,3°; pulso, 120 (algo

débil). Palidez acentuada de mucosas. Lengua húmeda. A la palpación cuidadosa, vientre blando e indoloro.

Análisis de sangre. — Hematíes, 2.300.000; hemoglobina, 46 por 100. Urea en sangre, 0,38. Se le hace una transfusión directa de 300 c. c.

Tratamiento. — Hemostáticos (calcio, Cebión, vitamina K y coaguleno), que se repiten cada ocho horas durante los dos primeros días. Leche fría y hielo al vientre.

A los cinco días se instaura una alimentación blanda y tratamiento anti-anémico (hierro y vitamina C).

A los ocho días se le explora a rayos X con cuidado. Dada la papilla por boca (un par de cucharadas), parece verse en la porción baja e interna de la cara posterior de estómago una sombra pequeña, que después no se comprueba a la replección total y compresión.

Diagnóstico. — Ante la evidencia de la historia, sentamos el de úlcus y aconsejamos operación. El diagnóstico radiológico no era de seguridad, toda vez que el supuesto nódulo no se veía hasta el comienzo de la operación.

A los catorce días, operación (Doctor ABRIL).

Anestesia local de pared.
Laparotomía X. O

Por palpación se comprueba un endurecimiento en la cara posterior del estómago, próximo a la curvatura menor y cerca del ángulo. Al ir a abrir el ligamento gastrocólico, y un poco a la izquierda de la línea media, nos encontramos que hay una pequeña formación del tamaño aproximado de tres cuartos de centímetro, de color oscuro y pediculada, como si fuera un bazo accesorio. Se extirpa. Abierto el ligamento gastrocólico, se palpa mejor el úlcus y se ve que tiene una tenue adherencia con páncreas a su nivel. Resección gastroduodenal (relativamente fácil) conforme al método Billroth I (técnica de Haberer). Cierre de pared.

Pieza. — Abierto el estómago por la curvatura mayor, nos encontramos una pequeña úlcera en cara posterior de estómago, a centímetro y medio aproximadamente de la línea de curvatura menor. Además, otro úlcus sumamente pequeño en cara anterior de región pilórica. Se hacen dos fotografías de la pieza operatoria: una antes de abrir ésta y la otra después (figuras 1 y 2). Se hace una fotografía del bazo accesorio que se acompaña (fig. 3).

Curso postoperatorio. — Se hace una transfusión de 300 c. c. al acabar la operación. Al cuarto día está apirética; al séptimo se levanta y es dada de alta al décimo día.

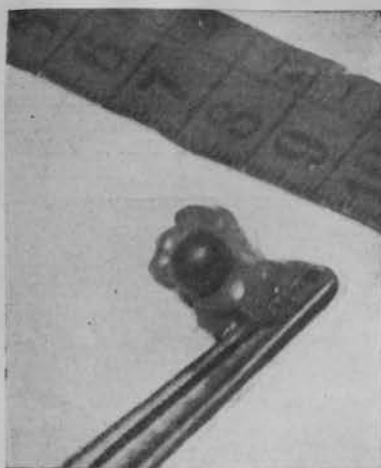


Fig. 3.—Bazo accesorio y su correspondiente pedículo.

Examen anatomopatológico (Dr. EMILIO LUENGO-MADRID).

Caracteres macroscópicos. — Trátase de una tumoración de forma esférica y de 8 cm. de diámetro. Su color (después de la fijación en alcohol) es rojo oscuro, y está rodeada de grasa en su base de implantación, pero presentando más de la mitad de su superficie, que es completamente lisa, totalmente descubierta.

Examen microscópico. — Fijación en alcohol. Pase a formol. Cortes obtenidos con el microtomo de congelación, coloreados por la hematoxilina-eosina y el método Del Río-Hortega.

El estudio microscópico de diferentes cortes muestra que se trata de una formación completamente rodeada por una cápsula de naturaleza conjuntiva, en la que existen también algunas fibras musculares lisas. De la cápsula parten tabiques hacia el interior, que rodean territorios en los cuales se aprecia la estructura típica del parenquima esplénico (típicos corpúsculos de Malpighi, senos venosos esplénicos y tejido conjuntivo con fibras anulares típicas). (Véase figs. 4 y 5.)

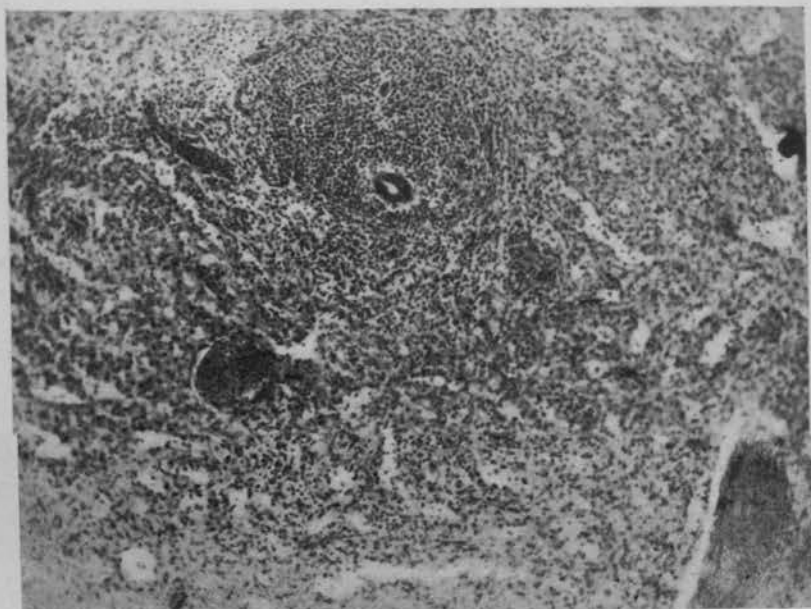


Fig. 4.—Bazo accesorio implantado en mesocolon. Corpúsculos de Malpighi. (Hematoxilina-eosina.)

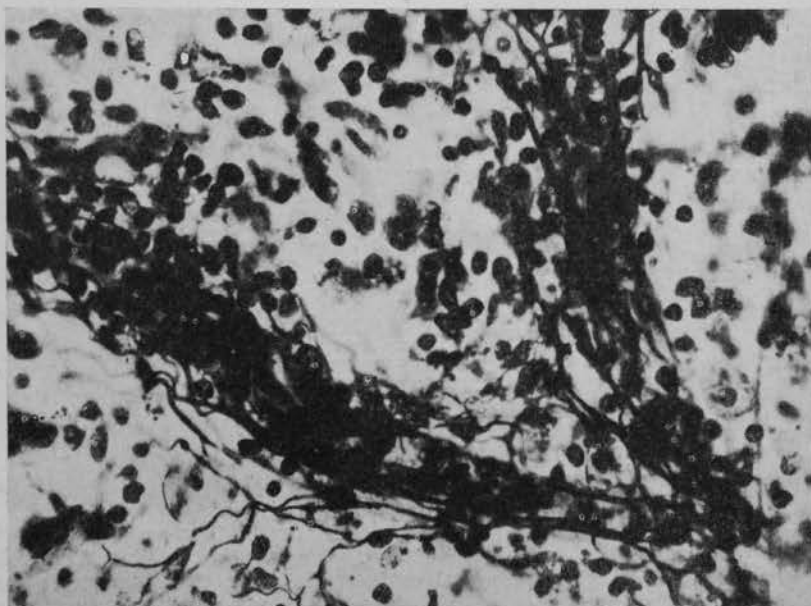


Fig. 5.—Bazo accesorio implantado en mesocolon. Trabéculas de tejido conjuntivo. (Método de DEL RÍO-HORTEGA.)

No se aprecia ninguna estructura histológica de carácter patológico.

Trátase, pues, de un bazo supernumerario completo, totalmente rodeado por su cápsula propia.

COMENTARIOS.

Es interesante este caso clínico por dos razones: primera, por ser un úlcus doble y asentar uno de ellos en la cara posterior del estómago; la otra razón, por el motivo poco frecuente de tener un bazo accesorio en el ligamento gastrocólico.

Referente a la úlcera de la cara posterior del estómago, han sido GALLART MONÉS, PINÓS y VIDAL COLOMER los que han insistido sobre la relativa frecuencia de la misma. Como muy bien dicen ellos, para el descubrimiento del úlcus es necesario una exploración cuidadosa de los pliegues gástricos con poca papilla de bario. Posteriormente, SAN JULIÁN presentó una comunicación al último Congreso de Aparato Digestivo, y en la que decía, entre otras cosas, que la mayor parte de las veces el diagnóstico es fácil y basta mirar con detenimiento la cara posterior del estómago, encontrando en un total de 867 ulcerosos 48 con localización en la cara posterior.

Tanto unos como otros, nos demuestran esta poca frecuencia del úlcus en la cara posterior

del estómago, que es bastante menor en presentación que los úlcus de la vertiente posterior de la curvatura, en los que muchas veces, por tener sólo persistencia en la porción posterior y haber cicatrizado la de la vertiente anterior, quedan como nichos posteriores, cuando en realidad no han sido más que úlceras en heradura (BARÓU).

En nuestro caso, ya hemos dicho que la exploración radiológica fué dudosa, pues aunque al comienzo de la exploración vimos una mancha sospechosa, al no persistir durante ella la quitamos la seguridad absoluta de que pudiera ser un nicho. De haber insistido con una nueva exploración, es probable que el diagnóstico radiológico hubiese sido correcto y definitivo.

Por ello, creemos una vez más necesario insistir en el detenimiento que ha de tenerse en la exploración radiológica del presunto ulceroso, ya que es muy fácil que de no explorar los pliegues gástricos con cuidado, nos puedan pasar desapercibidas úlceras pequeñas que asientan en las caras del estómago, especialmente en la posterior, donde adquieren mayor frecuencia.

En nuestra casuística de 284 resecados ulcerosos, incluidos los casos de úlcera múltiple, no llegan más que a un 3 por 100 con esta localización. En los explorados radiológicamente y no operados, la cifra es análoga o algo menor.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

EL NEUMOTORAX ARTIFICIAL COMO TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR INFANTIL

L. LÓPEZ AREAL

Director del Sanatorio Infantil "Victor Tapia".

P. N. A. Grupo Sanatorial de Santa Marina. Bilbao.
Director: Dr. ZUMÁRRAGA.

Es bien sabido que el neumotórax artificial como método curativo de la tuberculosis pulmonar comenzó a emplearse en el año 1894. Sin embargo, por el temor a la falta de resistencia del niño, y por sus mayores dificultades técnicas, sólo treinta años después se difundió su aplicación en la infancia. En el año 1921, en el Hospicio Debrousse, y más tarde en el Hospital Herold, comienza a emplearlo en gran escala ARMAND DELILLE, uno de sus más entusiastas defensores; en el mismo año comien-

za también OTTO WIESE, y, en el año 1924, aparece publicado el trabajo de ELIASBERG y CAHN, que es la primera casuística de importancia, recogiendo 125 casos de la Clínica de Czerny. Hasta la aparición de este trabajo la Pediatría había criticado duramente el colapso gaseoso, y aunque las discusiones continuaron muchos años después, como seguidamente veremos, la aportación de ELIASBERG y CAHN fué tenida en buena cuenta.

De los años 1911 a 1921 hallamos en la literatura casos sueltos, relatados casi en plan de curiosidad científica. Tales son los de VOGT, PIERY, SAUGMANN y BANG, entre 1911 y 1912; el neumotórax efectuado por RIST a un niño de veinte meses y comunicado el 9 de diciembre de 1913 a la Sociedad de Pediatría de París; las observaciones de VAN DE KOSTELEEE, BABONEIX, DUHAMEL y BILLON, en 1913 y 1914, y de STOLKIND, en 1919. HARMS, en 1920, cuenta ya con una casuística de 37 niños enfermos, con 16,5 por 100 de curaciones.