

Habían ingerido las setas venenosas cuatro personas: una mujer de cuarenta y dos años y sus tres hijos, de nueve, seis y tres años, respectivamente; aunque nos falta algún dato para la identificación de la clase de hongos que ingirieron, podemos casi asegurar fué amanita phalloides; desde luego, el cuadro clínico absolutamente típico. En el mismo momento de llegar al Hospital murió la niña de tres años, y diez minutos más tarde, sin que se pudiera hacer nada, el niño de nueve; la otra chica, de seis años, estaba en tal estado, que parecía inminente su muerte; a la madre no se la notaba el pulso; la tensión arterial no se podía tomar, y solamente parecía un poco mejor que los demás por su aspecto general; realizamos todo lo rápidamente que nos fué posible una inyección intravenosa de isoplasma a la niña y una transfusión de sangre de 400 c. c. a la madre por no disponer entonces de más ampollas de plasma; también aplicamos a las dos enfermas inyecciones intramusculares de foliculina a la dosis de 15.000 unidades; al día siguiente repetimos la inyección de plasma de 300 c. c. a la niña y pusimos otra a la madre; también repetimos las dosis de foliculina. El resultado ha sido francamente favorable, habiéndose pasado veinte días y pudiéndose considerar ya fuera de peligro, puesto que las muertes tardías no suelen darse más que excepcionalmente. Hemos aplicado foliculina, teniendo en cuenta que la única superviviente de nuestras observaciones anteriores fué la mujer embarazada, por si el embarazo es un estado refractario al veneno y el aumento de foliculina en las embarazadas su causa. Es posible que haya sido casualidad que las dos enfermas tratadas ahora hayan vivido y los anteriores murieron, pero dadas todas las circunstancias que hemos relatado, nos

creemos con derecho a pensar que ha sido efecto del tratamiento que en esta ocasión hemos realizado. No sabemos todavía el papel que haya podido jugar la foliculina; actualmente estamos preparando extractos con algunas amanitas phalloides recogidas estos días en el mismo sitio donde las cogieron los enfermos y se las inocularemos a conejas preñadas.

### SUMMARY

An account is given of 4 cases of poisoning by mushrooms (*Amanita phalloides*). Two of the patients died when they were brought to the hospital. The other two were treated with oestrogens and plasma transfusions and both recovered. The possible action of this therapy is considered.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man berichte über 4 Pilzvergiftungen durch *Amanita phalloides*; 2 starben bei der Einlieferung ins Hospital. Die beiden anderen wurden mit Follikulin und Plasmatransfusionen behandelt und konnten so gerettet werden. Man stellt einige Betrachtungen über die Wirkungsmöglichkeit dieser Therapie an.

### RÉSUMÉ

On expose quatre cas d'intoxication par champignons (*Amanita phalloides*), 2 d'entre eux meurent au moment de leur entrée à l'hôpital. Les deux autres sont traités avec de la folliculine et des transfusions de plasma, et tous les deux sont sauvés. On fait des considérations sur la possibilité d'action de cette thérapeutique.

## NOTAS CLINICAS

### QUISTE DERMOIDE DEL OVARIO DERECHO, DEGENERADO MIXOSARCOMATOSAMENTE

R. SÁNCHEZ ARCAS

Madrid.

A principios del año 1946 tuve ocasión de estudiar clínicamente a una muchacha de catorce años, a quien luego extirpé un gran quiste dermoides del ovario derecho, cuyo plastrón de Wilms se encontraba degenerado mixosarcomatosamente.

La infrecuencia de semejante degeneración

maligna me ha movido a publicar el caso, por cuanto, en una cuidadosa revisión de la bibliografía—tal vez incompleta por la escasez e irregularidad con que nos ha llegado en estos últimos tiempos la literatura extranjera—comprobé lo muy escasa que es aún la casuística sobre este asunto.

Las publicaciones conocidas hasta ahora demuestran que la degeneración maligna de los quistes dermoides es un fenómeno bastante infrecuente<sup>1</sup>. La carcinomatosa, según FRANK<sup>2</sup> y KERMAUNER<sup>3</sup>, representa el 2 por 100 de la totalidad de los quistes dermoides del ovario; según V. FRANQUÉ, KROEMER, LIPPERT, WIMS y PFANNESTIEL, el 3 por 100. Otros autores registran un porcentaje mayor: A. MAYER, el 4,5

por 100; GRASDOW, el 6,4 por 100, y SKOLOW, el 9 por 100. La degeneración carcinomatosa es la más frecuente. Según O. FRANKL, en 1920 se habían registrado 60 casos en la literatura, mientras que E. PETROWA<sup>4</sup> refiere que en 1935 solamente 40 casos constaban en la bibliografía.

Más infrecuentes aún son los casos de degeneración en endotelioma y en peritelioma, y, sobre todo, en sarcoma, uno de los cuales es el observado por mí (he recopilado, en total, unos 30 casos).

Respecto a la génesis de la degeneración carcinomatosa (y, por ende, también puede admitirse para la sarcomatosa), FRANKL indicó varias posibilidades: puede tomar su origen en el propio dermoides; en los restos tisulares del ovario (no visibles a simple vista) que no participaron en la formación del quiste dermoides, y puede ser la metástasis de otro tumor primitivo asentando en otro órgano. La posibilidad de que la degeneración sarcomatosa se origine en los tejidos mesenquimales del propio quiste, se manifiesta en los casos descritos por AMANN, LORRAIN, KROEMER y otros (citados por A. MAYER<sup>5</sup>).

En la extensa obra de VEIT-STOECKEL<sup>2</sup>, FRITZ KERMAUNER refiere la degeneración sarcomatosa en los siguientes casos: el descrito por KROEMER (sarcoma de células redondas); los de FLEISCHLEN, ECKHARDT, POMORSKI (endoteliomas) y el de PREISSECKER (sarcoma fusocelular con múltiples islotes de tejido cartilaginoso<sup>6</sup>). También describe el citado autor estos otros casos: el de PH. JUNG (descrito como encondroma, y que, probablemente, era un sarcoma fusocelular, no completamente diferenciable, por el estado de fijación de la pieza); el de E. REIS; los antiguos casos de KIWISCH, V. ROTTERAU y de GIBB (mixocondrosarcoma en una niña de dos años y medio); el de GLUCKNER (tal vez no mixomatoso, sino de la granulosa); el de GOLDBERG (en una mujer de veintiún años, amenorreica desde hacía tres años, con barba y voz de tono bajo, y que, a consecuencia de una recidiva, murió a los cuatro meses del acto quirúrgico; en el tumor primitivo existían islotes cartilaginosos, que no se hallaron en la recidiva), y, por último, un caso del propio KERMAUNER (en una mujer de cincuenta y tres años con un dermoides sembrado de nódulos tumorales; el epiplon se hallaba igualmente sembrado de nódulos neoplásicos; tratábase histológicamente de un tumor maligno de células de la granulosa, con inclusión de islotes de cartilago provistos de pericondrio).

Otros datos interesantes a este respecto son los que hemos tomado del extenso tratado de anatomía patológica de LUBARSCH-HENKE<sup>7</sup>, en el que JOHN MILLER hace brevemente una recopilación de otros casos existentes en la bibliografía, y cuyas particularidades son las siguientes: En el caso descrito por BIERMANN, tratábase de un sarcoma espincoso de grandes células. En el de COHN, tratábase de un sarcoma, y fué descrito sinópticamente. En el de DEBUCHY, el quiste

tenía el tamaño de la cabeza de un hombre y su armazón conjuntivo degeneró en mixosarcoma. En los dos casos de DRANSFELD, uno degeneró en mixosarcoma y otro en glicosarcoma. En el caso estudiado por HELENE KLOSS, el dermoides había degenerado en sarcoma de células fusiformes e iba asociado con un tumor sólido del tamaño de la cabeza de un hombre, que asentaba en el epiplon. En el caso descrito por KRECKE tratábase de una neoformación fluctuante del tamaño doble que la cabeza de un hombre, con una metástasis del tamaño de la palma de la mano y otra del de un huevo de paloma, que resultó ser un sarcoma de células fusiformes. En el de FRITZ MULLER, histológicamente se observó que "en el centro se encontraban restos de un embrión dentro de la estructura de un intestino grueso perfectamente desarrollado". En el caso de KÖTZLE tratábase de "un enorme sarcoma ovárico alveolar, desarrollado en un dermoides. En el caso de SCHWERTASSEK observóse un sarcoma desarrollado en un quiste ovárico, de incompleta identificación y asociado con un dermoides. También son mencionados en la susodicha obra los casos de LOCHRANE y KEATINGE, de NYSTRÖM y de SCHMIDLECHNER y THOMSON.

En la literatura internacional, por consiguiente, se han descrito solamente unos 30 casos de quistes dermoides con degeneración sarcomatosa, y si tomamos en consideración el cuadro histológico, deduciremos que solamente se han descrito tres casos de degeneración mixosarcomatosa en quistes dermoides: el de DEBUCHY, el de DRANSFELD y el que, estudiado por mí, constituye el objeto de la presente publicación.

He aquí sus detalles:

Paciente: una muchacha de catorce años. Unos días antes de ser observada por mí había sufrido un estado febril. Hasta el 28 de diciembre de 1945 no había sentido ninguna molestia en el abdomen. En dicha fecha, jugando con un niño, sufrió en el bajo vientre un cabezazo, que le originó un dolor agudo y dificultades y molestias al moverse. A causa de estos trastornos fué requerida la asistencia de mis compañeros los Dres. MARCOS LANZAROT y M. TAMAMES, quienes en seguida comprobaron, por exploración, la existencia de un gran tumor abdominal. Nuestra colaboración fué requerida a primeros de enero de 1946.

De la interrogación obtuve los siguientes datos: en su infancia había padecido difteria, sarampión y algunas bronquitis. A la sazón era aún impúber. Tenía un hermano, sano. Sus padres, que se encontraban presentes, estaban completamente sanos. Un hermano de la madre, aún joven, había muerto hacía unos meses a consecuencia de la reproducción metastásica de un sarcoma testicular extirpado quirúrgicamente.

*Exploración general.*—Hábito asténico. Buen estado general. Talla, 1,60 cm.; peso, 48 kilos. Presentaba algo de vello en las axilas y la región pudenda. Mamas hipoplásicas. Explorado el tórax por el Dr. MARCOS LANZAROT, no se halló ninguna anormalidad, ni a la percusión, ni a la auscultación, ni en la imagen radiográfica.

*Exploración del abdomen.*—Por inspección, no se observaron venas dilatadas en la piel del abdomen. Mostraba un gran abombamiento, originado por una prominencia dura, que ocupaba la totalidad del abdomen, en cuya fosa ilíaca derecha presentaba mayor relieve la zona del tumor, que, luego de extirpado, resultó ser la parte que hemos marcado con el 1 en la figura 1. Por palpación, no encontramos defensa muscular; solamente

dolor espontáneo y gran sensibilidad a la presión en la superficie, dura y tuberosa, marcada con el 1 en la figura 1. El tumor, inmóvil por su gran tamaño, ocupaba toda la cavidad abdominal. Al percutir, se observaba macidez en todo el abdomen, excepto en los lados y en la parte superior del epigastrio.

En la exploración por el recto encontramos un útero pequeño, desviado hacia el lado izquierdo. El ovario de este mismo lado no se alcanzaba, y en el derecho parecía palpase el pedículo tumoral. Por lo demás, toda la excavación pelviana se encontraba libre, y solamente introduciendo mucho el dedo se llegaba al tumor, que ocupaba todo el estrecho superior de la pelvis.

Tanto por los susodichos datos y hallazgos de exploración, como por presentar momentáneamente un cuadro general no alarmante, decidimos ampliar el estudio del caso. Desechada—por anámnese, exploración, estado general y análisis hemático—la existencia de una tuberculosis genital o peritoneal, tan frecuentes en la edad de la paciente, diagnosticamos la existencia de un gran tumor ovárico (supusimos ya la existencia de un quiste

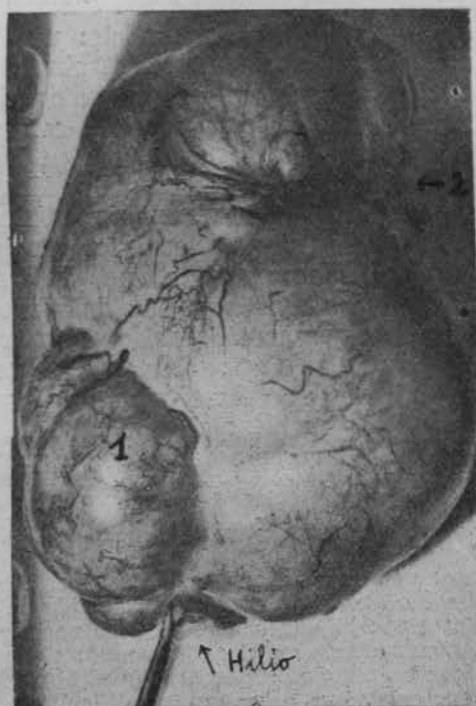


Fig. 1.

dermoides del ovario), en el que, probablemente, se habría producido o la infección o una ruptura interna del tumor por el cabezazo; la degeneración maligna del tumor, aunque se tomó en consideración, se excluyó por su infrecuencia.

Se hicieron dos radiografías del abdomen: una, después de ingerir papilla de contraste, y otra, sin ingerir (figuras 2 y 3). En la figura 2 aparecen elevados el ciego y el colon ascendente; el colon transversal se halla rechazado cranealmente (entre la undécima y duodécima vértebras); el colon descendente y el sigma están desviados y comprimidos lateralmente. Esta es la imagen radiográfica que ofrecen los grandes tumores de la clase a que nos referimos\*. En las dos radiografías se observan también las múltiples piezas dentarias del tumor. En una de ellas ha sido ampliada la parte pelviana para hacer resaltar la imagen de los dientes intratumorales (fig. 3).

La paciente ingresó en una clínica quirúrgica, donde fué operada por mí a los veintitrés días de haber sido observada por primera vez. En dicho lapso de tiempo, y en previsión de la infección del tumor, la paciente fué tratada con vejiga de hielo en vientre y penicilina asociada a Cibazol. La enferma, aunque inapetente, se ali-



Fig. 2.

mentaba bien; sentía sólo algunas molestias en el abdomen; el pulso oscilaba entre 100 y 120 pulsaciones, y la temperatura, excepto un día que se elevó, por la noche, a 39°, ascendía solamente hasta 38°. También se hicieron múltiples análisis sanguíneos, recuentos globulares, fórmulas leucocitarias, etc., cuyas variaciones extremas transcribo a continuación:

Hematíes por milímetro cúbico, entre 4 millones y 4.500.000.

Leucocitos por milímetro cúbico, entre 9.600 y 14.600.

Granulocitos en cayado, entre 2 por 100 y 5 por 100.

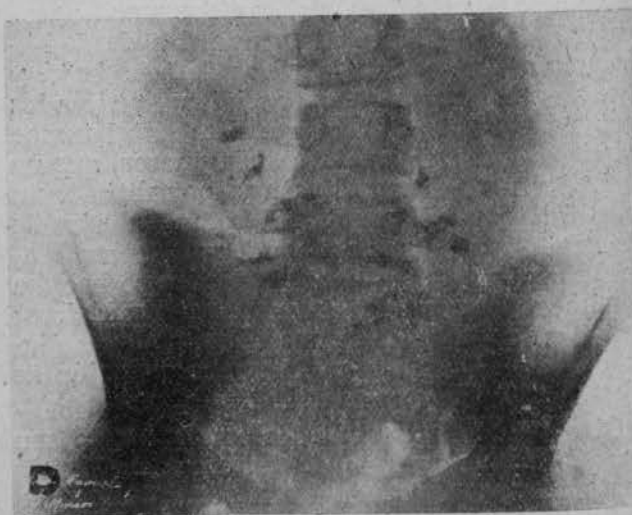


Fig. 3.

Granulocitos con núcleo segmentado, entre 67 por 100 y 74 por 100.

Eosinófilos, entre 1 por 100 y 1,5 por 100.

Linfocitos, entre 14 por 100 y 22 por 100.

Monocitos, entre 7 por 100 y 12 por 100.

Células de Türk, entre 0,5 por 100 y 1 por 100.  
Velocidad de sedimentación, entre 62 mm. y 94 mm., en la primera hora, y entre 120 mm. y 122 mm. en la segunda hora.

El día 24 de enero fué operada. La incisión de la pared abdominal hubo de hacerse desde el pubis hasta el apéndice xifoides, por cuanto el tumor, por su enorme volumen, sólo así podía ser extraído de la cavidad abdominal. Con tan amplia incisión pudo ser fácilmente extraído el pesado tumor, cuya parte inferior ocupaba todo el estrecho superior de la pelvis, después de haber ligado entre pinzas la adherencia del epiplon mayor al surco marcado con el 2 en la figura 1. Extraído el tumor, y puesto a tensión el espeso y largo pedículo formado por el mesoovario, fué seccionado entre dos pinzas. Ligadura y peritonización. Ni en la cavidad pelviana, ni en los genitales, ni en el hígado,

estaba constituido por el mesoovario, y sus vasos eran de gran calibre.

**Contenido.**—Antes de ser abierto el quiste, se extrajo asépticamente por punción algo de su contenido, para ser investigado bacteriológicamente. Los cultivos, cuya investigación fué hecha por el Dr. JOAQUÍN ALONSO, resultaron negativos.

El contenido, amarillento y flúido, era de un aspecto semejante al pus flúido. Histológicamente, contenía leucocitos, algunos hematíes, sebo, pelos, células epiteliales de descamación y tumorales y además gotas grasientas. Macroscópicamente poseía abundantes masas de sebo. No se investigaron las otras muchas sustancias químicas que, como sabemos, suelen contener estos quistes.

**Pared del quiste.**—Excluyendo la parte correspondiente al plastrón de Wilms, en muchos puntos era de gran

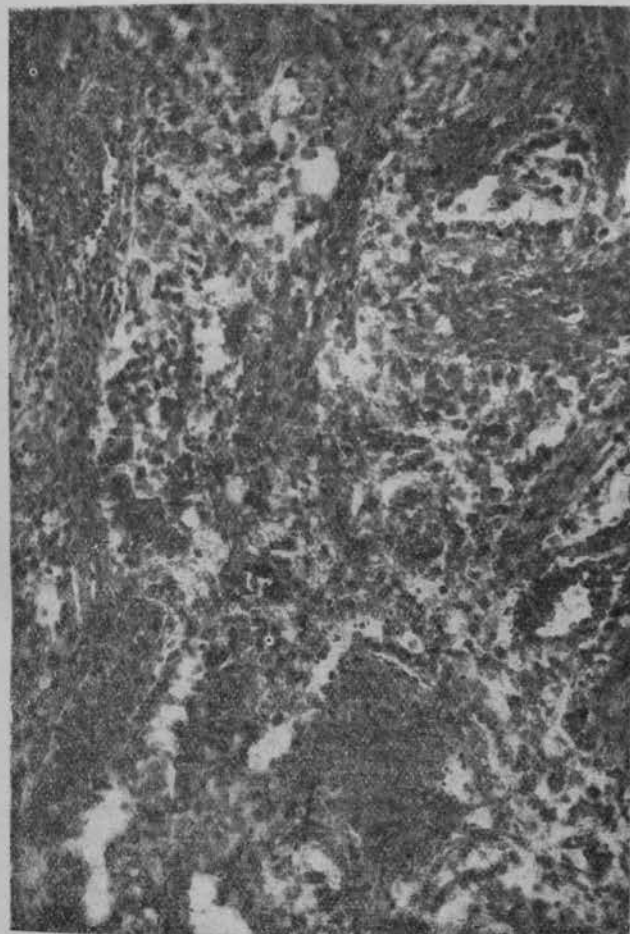


Fig. 4.

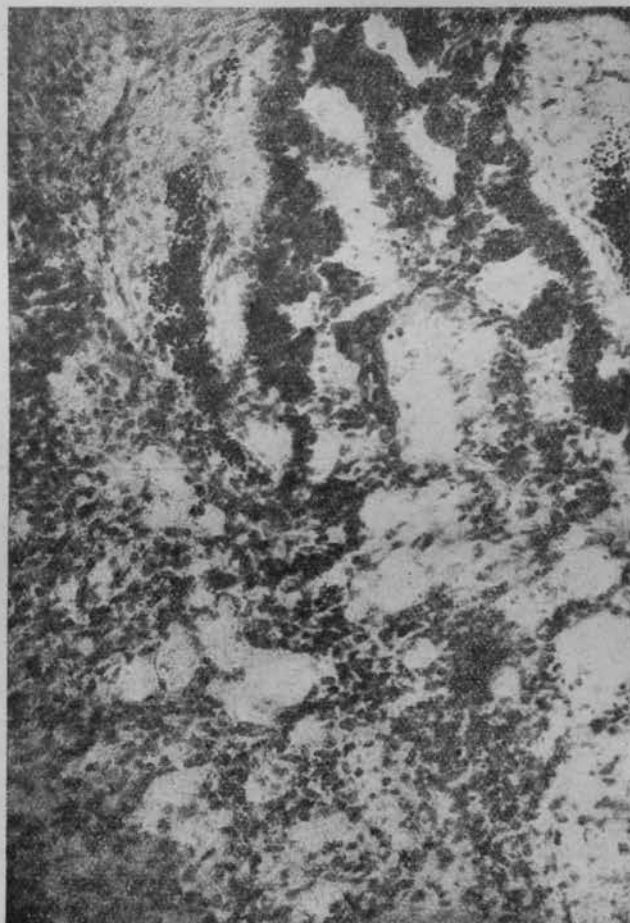


Fig. 5.

ni en ningún órgano abdominal existían metástasis del dermoides, por lo cual efectué la sutura en cuatro planos de la extensa herida de la cavidad abdominal. El curso postoperatorio fué completamente normal; la herida cicatrizó *per primam*, y la enferma abandonó la clínica a los diez días de haber sido laparotomizada.

**Características macroscópicas del tumor.**—El tumor, de gran tamaño (compárese su tamaño con la cinta métrica colocada a su lado), pesó 4.500 gramos. Ofrecía una consistencia dura y elástica, especialmente en su pared infero-externa. En su superficie externa existía un surco de separación entre la parte más dura (sólida), marcada con el 1 (fig. 1) y el resto del tumor. Toda la superficie del tumor poseía una vasta red de vasos sanguíneos, más o menos finos. La coloración, aunque variable, según las distintas zonas del tumor, era gris azulada, y en algunos puntos amarillenta. El pedículo, de gran espesor y anchura, tenía unos 10 cm. de longitud,

consistencia y muy espesa (más de medio centímetro). Histológicamente estaba constituida por fibras de tejido conjuntivo típico y células conjuntivas. Su revestimiento interno lo formaba una sola capa de epitelio cúbico, en muchos puntos desprendido. No se observó la existencia de epitelio estratificado que recordase la imagen del epitelio del cuerpo de Malpigio de la piel.

La superficie interna del quiste—éste de una sola cámara—era casi totalmente lisa; solamente mostraba dos grandes pliegues, de base de gran espesor: uno, transversal, correspondiente al surco superointerno de la superficie externa (fig. 1), y otro falciforme, de gran espesor, que desde la pared superior descendía hasta el plastrón de Wilms, y que estaba horadado en esta parte inferior.

El plastrón de Wilms era único, enormemente extenso (de unos 20 centímetros cuadrados), de 7 a 8 cm. de espesor y de consistencia dura. En su superficie (piel del

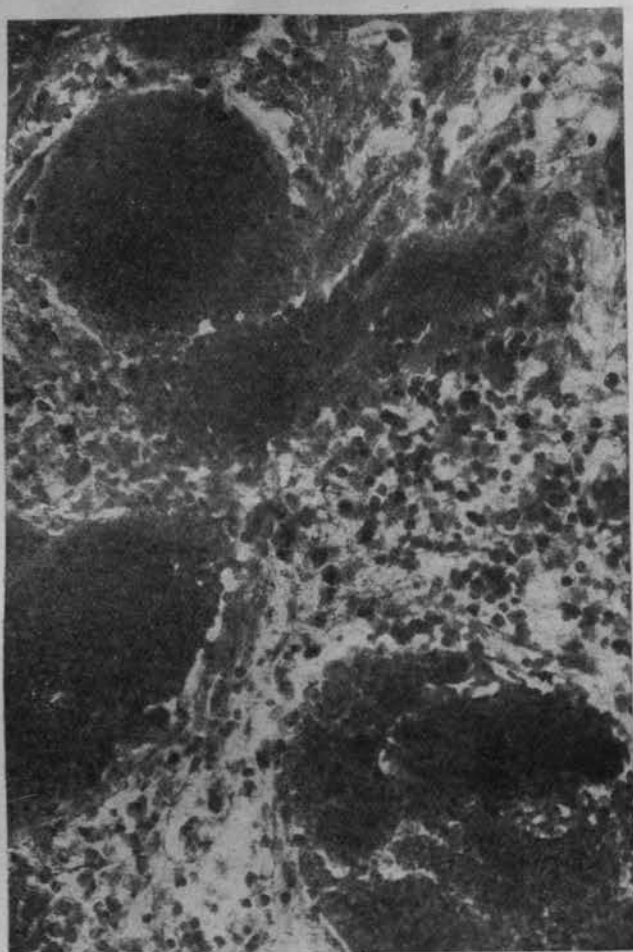


Fig. 6.

plastrón) bastante irregular y de coloración azul oscura casi negra, arraigaba, bastante lateralizado, un único y estrecho mechón de finos pelos, enmarañados, y de color castaño, como los cabellos de la paciente. Su longitud era de 50 cm., y entre la maraña había abundantes grumos de sebo.

**Piezas dentarias.**—En diferentes puntos del plastrón de Wilms se encontraban piezas dentarias, algunas aisladas y otras formando tres grupos: uno, con 3; otro, con 4, y otro, con 8. En total, 22 piezas dentarias. Unas eran premolares y otras molares. Predominaban las primeras. Sus coronas no estaban cubiertas, sino libres, y sus raíces, muy rudimentarias e incluso desaparecidas en las piezas aisladas; en algunos grupos estaban fusionadas unas a otras (véase la fig. 3). No existía ninguna pieza suelta en la cavidad del quiste. En general, las susodichas piezas dentarias eran de tamaño reducido y menor que el correspondiente a las piezas dentarias de la boca de la paciente. Existían también dos pequeños fragmentos dentarios en el lado derecho (figuras 2 y 3). Ninguna de las piezas referidas se asentaba en trozos óseos.

La piel del plastrón de Wilms era negruzca. Estudiada histológicamente, se observó que estaba constituida por epitelio plano sin papilas, poseía glándulas sebáceas, sudoríparas, pelos y limitaba íntimamente con la neoplasia. En la superficie dérmica del plastrón aparecían, adheridas, dos asas intestinales pequeñas y dos dedos rudimentarios. Macroscópicamente no se observó la existencia de otros tejidos.

Histológicamente, en los múltiples fragmentos del plastrón de Wilms, estudiados por los Dres. JOAQUÍN ALONSO y SÁNCHEZ LUCAS, se encontraron solamente algunas zonas útiles para el diagnóstico; los demás fragmentos ofrecían extensas necrosis. En las zonas útiles existía un tejido conjuntivo rico en células y pobre en elementos fibrilares (figs. 4, 5, 6 y 7); las células, en

su mayoría, estaban formando alvéolos (fig. 5). En las microfotografías se ve que muchos elementos celulares son de desigual tamaño, con formas francamente atípicas, algunas monstruosas y de una gran riqueza cromática. Se observan abundantes figuras de mitosis y un crecimiento infiltrante. Los vasos sanguíneos, con masas neoplásicas hasta la proximidad de la íntima, ofrecen en algunas zonas un aspecto angiomatoso (fig. 6); en esta zona vascular se observan infiltraciones de granulocitos neutrófilos. En otras zonas, entre las regiones netamente sarcomatosas, existen otras mixomatosas (figura 7).

Los restos del ovario no pudieron ser descubiertos, no obstante haberse investigado múltiples cortes, especialmente en zonas próximas al hilio.

**Curso clínico ulterior.**—La paciente, curada *per primam* de la operación, mejoró notablemente de estado general: desapareció la fiebre, el pulso se normalizó, cesó la inapetencia y, como consecuencia, aumentó su peso en unos kilos. Propuse insistentemente la radioterapia, que fué demorada por causas cuya explicación no es necesaria aquí.

A los dos meses de la operación apareció en la región supraclavicular una metástasis, formada por dos nódulos separados: uno, del tamaño de una nuez y otro del de una aceituna; ambos correspondían a dos ganglios linfáticos. Esta interesante forma de metástasis ha sido observada en ciertos tumores malignos del ovario. Sobre esto la casuística es aún muy escasa. Así, por ejemplo, en el extenso tratado de VEIT-STOECKEL (T. VII, página 363), FRITZ KERMAUNER refiere haber visto un nódulo metastásico en la región supraclavicular; también refiere un caso descrito por H. J. GIBSON y G. M. FINDAY, de metástasis desarrolladas en ganglios linfáticos yacentes junto a la vena subclavia y en otros puntos del organismo; en este último caso tratábase de un adenocarcinoma ovárico del lado derecho.

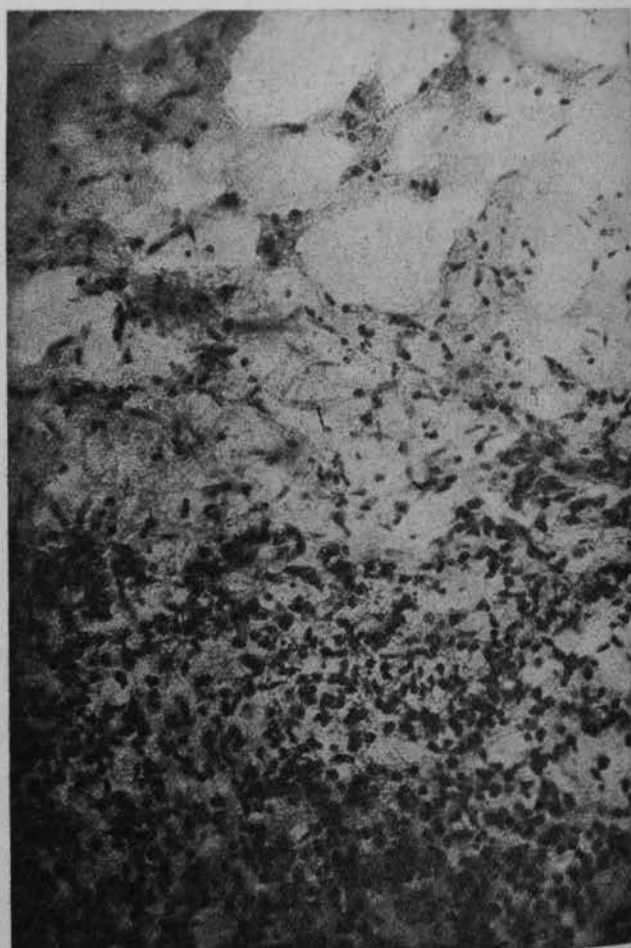


Fig. 7.

Al aparecer la metástasis ganglionar supraclavicular fué atacada radioterápica por el Dr. ARCE. Bastó aplicar solamente 179 r/piel para que desapareciera en seguida. Pocas semanas después la enferma mostró otras metástasis en el hígado, fácilmente palpables, y el cuadro de una rápida caquexia; en seguida se produjo un gran derrame ascítico en la cavidad abdominal. Según las múltiples exploraciones clínicas y radiográficas del Dr. MARCOS LANZAROT, no se originó ninguna metástasis en los pulmones.

La radioterapia administrada sobre el abdomen en 33 sesiones (desde el 29 de abril al 7 de junio) se llevó a cabo con la siguiente técnica: cuadrante superior derecho del abdomen, 3.272 r/piel; cuadrante superior izquierdo del abdomen, protegiendo con la orientación del haz de radiación el bazo y el hígado, 2.392 r/piel.

La paciente murió el día 1 de julio, a los seis meses de la operación. Por ser un caso de la práctica privada no se hizo autopsia.

### RESUMEN.

Se estudia un caso de dermoides cuyo plastrón de Wilms se encontró degenerado mixosarcomatosamente. Según datos recogidos, este caso de dermoides degenerado mixosarcomatosamente es, probablemente, el tercero que se describe en la literatura médica. Como en ningún otro órgano de la paciente se encontró otro tumor que hubiese podido ser el originario, hay que admitir que se trató de una degeneración desarrollada en los tejidos mesenquimales del propio quiste. A pesar de los múltiples cortes histológicos investigados, no se descubrieron los restos del ovario correspondiente, por lo cual no puede discriminarse si la degeneración tomó su origen en dichos restos o en el plastrón de Wilms. Lo único seguro es que éste se encontraba totalmente invadido por la neoplasia.

### BIBLIOGRAFIA

1. W. BREIPOHL.—Zent. f. Gynäk., 15, 1937.
2. O. FRANKL.—Zent. f. Gynäk., 373, 1920.
3. KERMAUNER.—Handbuch der Gynäkologie "Veit-Stoeckel", Bd. 7, 417, 421.
4. E. PETROWA-MARREWA.—Arch. Gynäk., 159, 422.
5. A. MAYER.—Halban und Eitz, Biologie und Pathologie des Weibes, T. V, II parte, pág. 864.
6. E. PREISSECKER.—Wien. klin. Wschr., 1, 1924.
7. LUBERSCH-HENKE.—Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, T. VII, pág. 565, 1937.
8. W. SCHILLENBERG.—Zschr. f. Gynäk., 106, 11 a 45.
9. ASKANACY.—Verh. dtsch. path. Ges. 11, 40.
10. M. BOETTGER.—Msch. Geburtsh., 54, 1, 1921.
11. VIRGIL CONSELLER y WILLIAM L. A. WELBROCK.—Amer. J. Obstetr., 28, 40 y 47.
12. JOHN B. DEEVER.—Surg. Clin. N. Amer., 11, 1267.
13. EISENSTADTER.—Msch. Geburtsh., 54, 360.
14. D. S. FORSTER.—Canad. med. Assoc. J., 17, 322.
15. E. GEYER.—Über die Kombination von Dermoidcysten mit malignen Tumoren des Ovars. Inaug. Diss. Greifswald, 1875.
16. G. HIMMELBAUM.—Zent. f. Gynäk., 169, 1886.
17. H. HOFFMANN.—Zur Klinik Karzinomatöser Dermoide des Ovars. Diss. Frankfurt a. M., 1930.
18. E. KEHRER.—Hega's Ber., 4, 92.
19. KRUKENBERG.—Arch. Gynäk., 30, 241.
20. D. P. MARINUCCI.—Atti Soc. Ital. Obstetr., 29, 605.
21. R. MEYER.—Zschr. Geburtsh., 12, 147; Zent. f. Gynäk., 1834, 1924; Virchows Arch., 173, 538.
22. WILMS.—Beitr. path. Anat., 19, 367; Mschr. Geburtsh., 9, 187; Dtsch. Arch. klin. Med., 55, 289.
23. WOLFF.—Msch. Geburtsh., 34, 178.
24. YAMAGIWA.—Virchows Arch., 142, 99.
25. ARTHUR HALE CURTIS.—Obstetrics and Gynecology. Volume II, pág. 994, 1933.
26. O. FRANKL.—Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane, 216 y 227, 1914.
27. W. STOECKEL.—Lehrbuch der Gynäkologie, 537, 546, 1941.

## AGRANULOCITOSIS EN EL LACTANTE

(Un caso curado.)

J. M. MARTÍNEZ PEÑUELA y S. BROUARD

Santo Hospital de Basurto.

El motivo de que presentemos este caso es la poca o nula atención que prestan los tratados de Pediatría a la agranulocitosis y el corto número de casos, en niños, publicados en la literatura que nosotros hemos podido manejar.

PLUM cita 9 casos. SCHMEREL, 4 ajenos y uno propio. RESNIKOFF, uno en recién nacido, de etiología sulfamídica, y otro en un niño de seis años. SAMSON, 2 más, en hermanos, uno de ellos de etiología sulfamídica, y el otro anterior a esta era y cuando este segundo tenía la misma edad en que se presentó después en su hermano.

En total 18, y aunque no dudamos que serán más los publicados, nos parece que la presentación de nuestro caso tiene interés por su rareza y por ser uno de los más jóvenes conocidos, pues no tenemos noticia más que del de RESNIKOFF (recién nacido), en que el enfermo tenga edad inferior a los siete meses del nuestro.

HISTORIA.—M. B. B., de siete meses, de Bilbao, ingresa el 18-X-1946. En antecedentes familiares, un hermano muerto a los once meses (¿atrepsia?).

En personales, desarrollo normal, lactancia materna exclusiva hasta hace un mes, en que comienza a ser mixta, con leche condensada. En abril de este año fué afectada de proceso bronquial, por lo que estuvo ingresada en nuestro Servicio durante doce días, quedando curada. Fué tratada con balsámicos y revulsión, practicándole tuberculinorreacción, que fué negativa.

Proceso actual.—Hace veinte días comienza con diarrea intensa, con deposiciones muy flúidas amarillas, 10 ó 12 diarias, como leche cortada, y vómitos después de las comidas; 40° de temperatura.

Fuó tratada en un Centro de la capital, desapareciendo rápidamente los vómitos y la fiebre, pero las deposiciones, aunque disminuyeron, no se normalizaron, siendo dada de alta con cuatro deposiciones diarias, flúidas y de aspecto granulado y color verdoso.

Estos diez días ha continuado con el mismo cuadro, comenzando a vomitar ayer, aumentando el número de las deposiciones, por lo que ingresa en nuestro Servicio con el siguiente estado:

Ap. D.—Los expuestos, y anorexia.

Ap. R.—Tos ligera.

T. R.—Febrícula no ha pasado de 38°.

Meft.—Ha perdido mucho peso (como un kilogramo).

Exploración.—Niña de 5.170 gr. de peso, en mal estado de nutrición, pálida, con turgencia y tono bajos.

Faringe ligeramente enrojecida. No acusa ninguna molestia a la palpación de oídos.

No se palpan ganglios en ningún grupo y la exploración clínica y corazón, así como la radiológica, no permite apreciar nada patológico.

En abdomen, ligera prominencia, blando y depresible e indoloro. Se palpa reborde de hígado, blando y regular. Bazo no se palpa ni se percute. Miembros y reflejos, normales; 38,1° a su ingreso.

Evolución y tratamiento.—Se le regula la alimentación (pecho y Eledón).

Se practica Mantoux al 1:5.000, que es negativa, y se le administra una sulfoguanidina durante tres días.