

plasmático como determinantes de la aparición de tales hematíes anormalmente jóvenes. Lo que resalta de todo ello es que la aparición de tales hematíes va biológicamente vinculada a la resistencia globular e implica una correlación hormonal entre bazo y médula ósea y un disturbio en la producción de lisolecitina radicalmente distintos de lo que sucede en la ictericia hemolítica ordinaria.

También consideramos fuera de nuestro propósito y posibilidad tratar el importantísimo aspecto etiopatogénico iniciado ya por LANDSTEINER y WIENER acerca del factor Rh, como determinante de la primitiva protopatía o disturbios en la eritrona y médula primitiva, de cuyas intensidad y modalidades pueden derivarse la diversa patografía hemolítica desde los incipientes y terminales a la par, casos infantiles y las más atenuadas formas que logran la persistencia hasta el adulto.

Constituirá trabajo aparte el aspecto dermatológico de estas entidades. El estudio ha sido ya iniciado entre nosotros con la singular maestría a que nos tiene acostumbrados mi antiguo amigo, el hoy excelente maestro Prof. XAVIER VILANOVA, cuyo trabajo sobre ulceraciones de extremidades inferiores en ictericia hemolítica hemos leído en "Actas Dermosifiliográficas" cuando transcribíamos estas cuartillas, y abre o amplía un capítulo de gran interés para un sinnúmero de procesos ulcerosos, tan frecuentes como oscuros en su etiología, y en cuya etiología habrá de tenerse en cuenta, en adelante, no sólo la ictericia hemolítica, sino las otras formas más avanzadas de dichas alteraciones hemopáticas constitucionales.

bién hay formas de crecimiento más bien vegetante o polipoideo, interno, que obstruyen la luz intestinal. Es por este predominio parietal por lo que no suelen ser estenosantes, durante un largo período evolutivo al menos. Las formas realmente estenosantes son las proporcionadas por los procesos que ofrecen ese crecimiento interno, aunque también cuadros obstructivos pueden tener su origen en la interrupción del peristaltismo intestinal por el segmento infiltrado y rígido, cuya falta de flexibilidad le hace inasequible a la propagación de las ondas, con la ectasia de las asas suprayacentes y sus posibilidades de acodamiento o invaginación, etc. La mayoría son de asiento distal, esto es, se localizan en últimas asas del ileon, como confirman los casos relatados en el trabajo de JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA FIOLE y MORALES (de tres casos, dos asentaban en región próxima a la válvula íleocele, y el tercero a un metro del ángulo duodenoyeyunal). El caso citado por L. Hoyos (Servicio del doctor GARCÍA BARÓN) asentaba en el extremo de un asa ileal invaginada. El de RIBAS ISERN, en el tramo final del ileon. Los tres casos citados por VALLS COLOMER, en cambio, asentaban en porción superior del yeyuno. En el mismo trabajo aludido se señalan como de localización excepcional por su infrecuencia, el caso de RAIFORD, de localización duodenal, y otro de ILLWAY, de asiento en ángulo duodenoyeyunal. DUVAL ha descrito finalmente un sarcoma de células fusiformes y otro melánico en la propia ampolla de VATER, aunque a este nivel, de estructura más próxima a la epitelial, es el carcinoma mucho más frecuente.

No obstante esta frecuencia mayor del sarcoma, han sido relatados reiteradamente también carcinomas del delgado: de la parte superior del yeyuno, por RIBAS ISERN; del ángulo duodenoyeyunal, por GALLART, MAS OLIVER y ROCA DE VIÑALS; del yeyuno, por LLURADÓ y VIDAL COLOMER; adenocarcinomas del ileon terminal, por MAURICIO RUIZ, y adenomas polipoideos de duodeno, por ROCHA y PRIM.

Histológicamente, se distinguen en el tumor sarcomatoso: el sarcoma celular, integrado por células, sarcoma globocelular, fusocelular, melánico, de células gigantes, y el más frecuente en intestino de células linfocitarias (linfoblástico o linfocitario, según el grado de madurez alcanzado por las células); el sarcoma de predominio conjuntivo-fibroblástico, sarcoma reticular o retotelsarcoma, de estructura predominante fibrilar reticulínica, y una variedad en la que se destaca el carácter sincitial del parénquima, conceptuable según una estructura plasmática homogénea, sin límites celulares distinguibles, sembrada de núcleos, con aparición de formaciones fibrilares en la propia red protoplasmática sincitial. Es muy frecuente la participación y engrosamiento de los mesos correspondientes, así como el hallazgo de ganglios linfáticos infartados con idénticas estructuras patológicas en el seno de los mismos.

#### SARCOMA DE INTESTINO DELGADO (1)

J. CARRERAS PICÓ E. ORTEGA DE LA RIVA

Jefe del Servicio de Medicina. Jefe del Servicio de Cirugía.

Hospital Civil de Vitoria.

Entre los procesos tumorales de intestino delgado de carácter maligno (adenocáncer, "carcinoide", incretoma o de elementos pancreáticos aberrantes, sarcoma), es el sarcoma el que se da con más frecuencia, hecho ligado a la abundancia de formaciones linfoideas en este segmento del tubo digestivo. Originado en las formaciones linfoideas de la submucosa, suele ser de crecimiento parietal, de tendencia excentrica respecto a la luz intestinal, infiltrando por ello zonas extensas de la pared y prestando al intestino una consistencia dura, como un tubo rígido de aspecto casi "aneurismático". Tam-

(1) Comunicación expuesta en la sesión clínica del profesor JIMÉNEZ DÍAZ del 18 de junio de 1949.

Hemos tenido ocasión de estudiar e intervenir un caso de sarcoma del delgado cuyas características merecen ser relatadas en esta nota clínica.

Ingresó en el Servicio de Médica de uno de nosotros (J. C.) V. Elorza, muchacha de veinte años, que carece de antecedentes familiares o personales patológicos, y que desde hace un mes próximamente se queja de mo-



Fig. 1.

lestias vagas de abdomen (pesadez gástrica, cierto dolorimiento en todo él), no muy acusados y sin relación con las comidas ni sistematización alguna.

Es una chica bien constituida, bien nutrita y de buen aspecto. Tiene febrícula de 37,5° a 37,8°. Nada patológico descubre la exploración de corazón, pulmones, huesos, sistema nervioso, etc. La palpación cuidadosa de abdomen no proporciona datos muy objetivos, pero evidentemente es un abdomen un poco sensible a la presión, no defendido, pero si algo tenso y resistente. No se demuestra colección líquida intraabdominal alguna. Bazo no palpable ni percibible. No tiene adenopatías.

En orina, ausencia de elementos anormales; en sedimento, nada anormal.

Hemograma normal: V. S., 18 m. m. de índice. Serología negativa.

Examen radiológico: Nada patológico en corazón, pulmones, pleuras y mediastino; diafragmas elevados y tórax acortado; el estómago, relleno de papilla opaca, aparece en situación oblicua, casi horizontal (figura 1), con una rigidez e indeformabilidad de su silueta muy aparente a la presión manual; es igualmente muy poco desplazable con la mano, y aparte de este aspecto plástico de sus contornos, nada más de particular se aprecia en él; la evacuación es más bien pasiva, sin ondas peristálticas visibles, pero también sin dificultad alguna. El tránsito duodenal es rápido, sin obstáculo alguno. En exámenes posteriores (tres, doce, veinticuatro horas), aprécianse restos de papilla dispersos en el delgado (fig. 2), alternando cámaras aéreas y zonas de papilla retenida; el estómago aparece totalmente vacío, así como el duodeno.

Con estos datos diagnosticamos proceso peritonítico, seguramente específico, de tipo más bien fibroadhesivo. Es sometida a reposo, calcioterapia intensa, D. masiva, y en cuanto remite el movimiento febrícular se comienza a darle baños de sol progresivos en abdomen, que son muy bien tolerados.

Poco después, siguiendo afebril y conservando su buen estado general, localiza un poco su dolor abdominal espontáneo en mitad izquierda, hacia hipocondrio, donde la palpación permite apreciar una o dos nódulos profundas que duelen a la presión, no muy móviles, que interpretamos como formaciones plásticas intraabdominales, posiblemente epiploicas (epiploitis plástica). Se continúa el tratamiento indicado, y en exploraciones posteriores tenemos la impresión de que esas nódulos se han reducido y en ocasiones llegan a ser casi inapreciables, aunque más adelante vuelven a ser claramente apreciadas. El resto de la exploración de abdomen no acusa nada más. La V. S. se ha redu-

cido a 7 m. m. y continúa afebril y con buen estado general. Orina normal también.

Cinco meses después, se instalan períodos en que el dolor abdominal aumenta algo y duele vagamente toda la mitad superior de abdomen; aparece también algún vómito alimenticio tardío. Este cuadro se va acentuando con cierta rapidez, y dentro del mes de su iniciación la enferma presenta un cuadro ya inequívoco de oclusión intestinal alta. Tiene vómitos copiosos, de alimentos retenidos, cada cuatro o cinco días; pierde el apetito y se va emaciando poco a poco. No obstante, continúa afebril y el tipo de su emaciación no es caquética, sino simplemente el de la insuficiencia alimenticia. El abdomen se ha abultado y timpanizado en la región epigástrica, donde se palpa estómago dilatado con un bazuqueo hidroaéreo muy intenso; esta distensión de la mitad superior de abdomen impide palpar bien las nódulos existentes en hipocondrio izquierdo. El cuadro ha evolucionado evidentemente hacia una estenosis de tramo superior del delgado.

Se le practica un sondaje gástrico en ayunas, extrayéndose 600 c. c. de un contenido verdoso, con restos digeridos de alimentos y sin CIH libre.

Después de bien vacío el estómago se le hace examen radiológico; la replección gástrica con papilla opaca es normal; es un estómago algo grande, sin nada patológico en corvaduras, antrum y piloro, que no ofrece las rigideces y deformidades descritas en el examen anterior, pero que vacía muy rápido, dando la impresión de piloro abierto. Lo que llamó realmente la atención es el cuaderno, extraordinariamente dilatado, del calibre casi del intestino grueso, un verdadero megaduodeno, repleto de papilla en toda su porción descendente y horizontal hasta su unión con el yeyuno, y observándose una detención del curso de la papilla en primera asa yeyunal inmediata al ángulo duodenoyeyunal, hacia hipocondrio izquierdo, sitio donde radicaban las nódulos "epiploicas" con una primera estrangulación y una detención total del bario un poco más abajo (figs. 3 y 4).

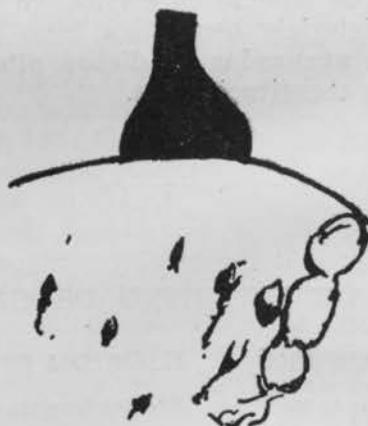


Fig. 2.

Era evidente que se había instalado un proceso estenosante en la iniciación del yeyuno, originario de la ectasia duodenal suprayacente y de todo el cuadro oclusivo. Como orígenes de este megaduodeno, de génesis oclusiva, han sido invocados: el pinzamiento arteriomésentérico, la compresión por ganglios (ganglios tuberculosos retroperitoneales asentados en ángulo duodenoyeyunal en una observación de M. RUIZ), adherencias o bridas residuales a brotes peritoneales específicos o de otra etiología (apendicitis, úlcus perforado), compresión por dolicocolon derecho (ROMERO CALATAYUD), por mesenteritis retráctil (LÓPEZ FERNÁNDEZ); por tuberculoma (RAMENTOL), por tumores, etc. Y

era natural, en nuestro caso, atribuir el síndrome—girando siempre sobre el diagnóstico establecido—a un mecanismo derivado del mismo proceso original:bridas adhesivas peritoneales, mesenteritis retractivas, acaso compresión simultánea del asa por esos posibles nódulos epiploicos hiperplásticos, etc.

Y con este juicio es trasladada la enferma al Servicio quirúrgico (E. O.). Un nuevo examen radiológico demuestra: estómago en cascada, con dos cámaras perfectamente visibles; la papilla pasa de la bolsa posterior a la anterior, llenando el antró, y sin onda peristáltica alguna, pasa a duodeno, que está muy dilatado: apreciándose energicos movimientos peristálticos duodenales y también antiperistálticos que devuelven la papilla al estómago; en algunos momentos se observa



Fig. 3.

la proyección brusca de una masa de papilla hacia la izquierda, hasta una zona correspondiente al ángulo duodenoyeyunal, descendiendo después y llenando una cavidad que corresponde a los primeros 4 ó 6 cm. de yeyuno, deteniéndose allí la papilla. A las tres y ocho horas, idénticas imágenes. A las doce, veinticuatro y cuarenta y ocho horas se ven pequeñas porciones de papilla esparcidas por el delgado, y, al final, se visualiza ciego, ascendente, y transverso hasta ángulo esplénico; no obstante, persiste la retención de cierta cantidad de papilla en estómago y duodeno.

La enferma acusa gran desequilibrio acuoso-salino y proteico (proteinemia total de 4,2 por 100) que se neutraliza durante los días que preceden a la intervención con dos transfusiones de sangre total de 400 c. c. y una de plasma de 350 c. c., abundante suero salino, aminoácidos intravenosos y aspiración de Wangenstein para descomprimir estómago y duodeno y obtener más garantías en la sutura.

**Intervención:** Raquianestesia con percaína. Incisión media. Al abrir abdomen se encuentra estómago y duodeno muy dilatados. Levantado colon transverso, se encuentra, a unos 5 cm. del ángulo duodenoyeyunal, una masa tumoral dura, del grosor de una morcilla y de una extensión de 10 a 12 cm., que corresponde a un segmento de yeyuno duro e infiltrado, sin anomalidad en la superficie externa; cuatro masas idénticas a la descrita, pero menos voluminosas, y que no llegan a ocluir la luz intestinal, se encuentran en los siguientes 80 cm. de tramo yeyunal. Adenopatías mesentéricas voluminosas, algunas del tamaño de nueces, y agrupadas en masa, cerca de ángulo duodenoyeyunal. El intestino delgado, pasados los primeros 80 cm., presenta aspecto normal, apreciándose no obstante algún pequeño ganglio infartado.

El yeyuno y la masa tumoral están libres, y aunque las adenopatías bloquean la mesentérica, se considera factible la resección, la cual se lleva a efecto inmediatamente por debajo de ángulo duodenoyeyunal, resecando el yeyuno en una extensión de más de 80 cm. La intervención es muy bien soportada. Se coloca sondaje

duodenal permanente durante las primeras setenta y dos horas. Dos transfusiones más de plasma, suero, etcétera, permiten conseguir un curso postoperatorio normal, dando de alta a la enferma a los veinte días.

A los cuarenta y cinco días de la intervención, la enferma ha recuperado seis kilos, y en la actualidad (ha sido intervenida recientemente) sigue bien.

**Examen de la pieza resecada.**—Abierta el asa, se encuentra (fig. 5) ocupada su luz, en toda la extensión señalada, por masas tumorales que, de arranque parietal, en algunos puntos llegan casi a ocluirla por completo. Una muestra de la pieza fué remitida, así como

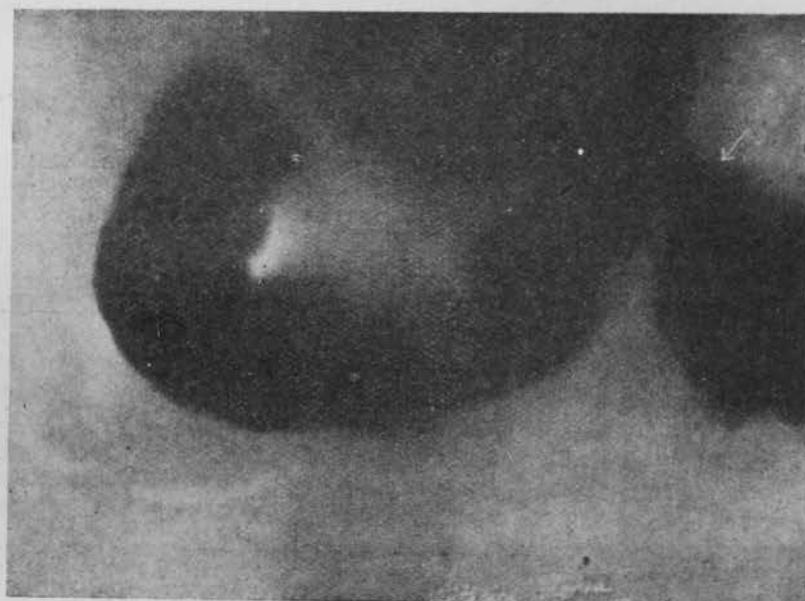


Fig. 4.

un ganglio, para su examen histopatológico, y el informe emitido por el doctor OLIVA (Casa de Salud Valdecilla) reveló que la masa tumoral estaba constituida por numerosas células que constituyen sincitios y cuyos núcleos tienen un aspecto vesiculoso. Los sincitios a su

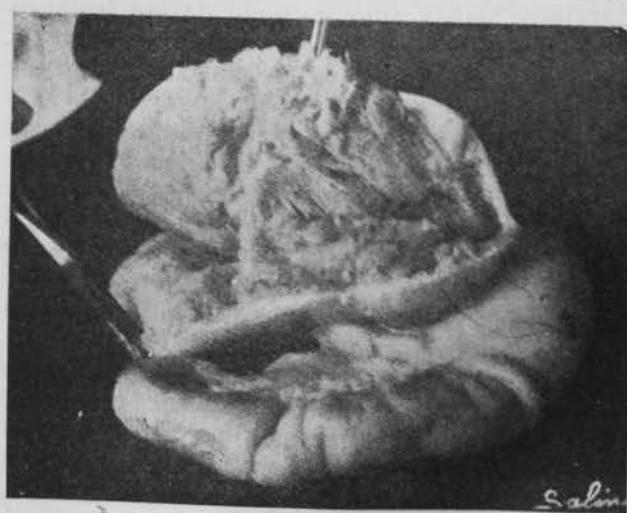


Fig. 5.

vez están anastomosados, dando origen a formaciones reticulares. Diagnóstico: reticulosarcoma sincitial afibrilar. En el ganglio correspondiente apreciase idéntica estructura histológica.

Consideramos, pues, dignos de ser anotados en este caso los siguientes datos:

1) El predominio sintomatológico del cuadro oclusivo. La enfermedad se ha manifestado, efectivamente, por las consecuencias mecánicas de interrupción del curso intestinal, determinadas por su asiento en el delgado. Ha faltado la sintomatología general (caquectización auténticamente "maligna": decaimiento de fuerzas, fiebre elevada, anorexia, desnutrición).

2) Es difícil decidir si ese período previo de cinco meses, en que fué catalogada como enferma "peritonítica", era ya tributario de la neoplasia en evolución. Es verosímil pensar que el primitivo cuadro fuese efectivamente peritoneal y sobre él se instalase después una neoplasia. Esto es algo posible, naturalmente. Pero es más lógico juzgar unitariamente los hechos y aceptar más bien que el proceso era de carácter neoplásico desde el comienzo, en apoyo de

lo cual debe señalarse el carácter histológico sarcomatoso de las nudosidades abdominales, tenidas como epiploicas, carácter descubierto en la operación. Si estas nudosidades eran ya sarcoma desde el comienzo, ¿por qué no admitir lo mismo para el cuadro general? En este caso se trataría de una sarcomatosis primaria del delgado de cuadro un tanto atípico.

3) La necesidad de pensar en sarcoma—o genéricamente en neoplasia—del delgado, ante todo proceso suboclusivo, de localización alta, en sujeto joven, aunque la sintomatología general discrepe del clásico cuadro de malignidad propio de estas formaciones.

Es una muestra más de la conveniencia de no prestar una fidelidad extremada a las descripciones clínicas clásicas y admitir en patología, ampliamente, otras posibilidades que, por su frecuencia, van dejando ya de ser excepcionales.

## RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

### LA TORACOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CAVERNAS TUBERCULOSAS. NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL (\*)

J. DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ.

#### LA OPERACIÓN.

SPAETH (1850) y TOUSSAINT (1880) observan, en algunos casos, una mejoría de las lesiones pulmonares después de neumotórax espontáneos y grandes derrames pleurales. DE CERENVILLE (1885), partiendo de los ensayos de movilización de la pared torácica rígida en el tratamiento de las cavidades residuales de empieza, lleva a cabo la resección de pequeños trozos de la segunda y tercera costillas en el sitio correspondiente a las cavernas tuberculosas, con resultados desfavorables. QUINCKE (1888), comparando las grandes cavernas con abscesos tuberculosos, en cuyos alrededores existiera un engrosamiento duro y fijación a la pared torácica que las mantendría distendidas, se opone a la apertura de las mismas por los peligros que lleva consigo, y considerando su tendencia espontánea a la retracción y que el desagüe se hace por la vía bronquial, establece la indicación de movilizar la pared torácica como medio el más adecuado de llegar a su oclusión. Casi

al mismo tiempo, SPENGLER (1890) hace análogas proposiciones a la Sociedad de Naturalistas y Médicos alemanes de Bremen; partiendo también de la experiencia recogida en las operaciones de empiema, considera precisa la movilización de la pared rígida costal como medio de suprimir el obstáculo mecánico que se opone a la tendencia natural de las cavernas a curarse por la retracción de sus paredes, si bien valora más en la operación la capacidad de reducir el tórax que la necesidad de resecar a nivel de la caverna. TURBAN también se opone a QUINCKE, estableciendo que la resección se puede hacer en un punto cualquiera de la pared, y, por su técnica de extirpación conjunta del periostio y localizar la resección en las partes laterales del tórax, de mayor movilidad, se le puede considerar como un precursor de la operación de MORELLI-MONALDI.

Después de este período, en el que se pretende de la toracoplastia una acción local sobre las cavernas, toman cuerpo las ideas de BRAUER de apoyarla en los principios del colapso. A la vista de la eficacia del neumotórax, quiere homologar la acción de la toracoplastia con la de éste y aboga por las resecciones costales extensas que proporcionarían un colapso total del pulmón, atribuyendo los fracasos anteriores a la timidez de las resecciones. FRIEDRICH practica, en 1907, la primera operación asentada en dicho criterio, con resultados favorables; pero a este éxito inicial siguen luego graves fracasos, comunicando en 1911 al Congreso de Cirugía una estadística con ocho casos de muerte sobre

(\*) Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina del Distrito de Santa Cruz de Tenerife, leído el 24 de mayo de 1949.