

El diagnóstico que se hace con la mayor frecuencia, es el de perforación gastroduodenal, seguido del de apendicitis perforada o gangrenosa, pero muy rara vez el de la verdadera causa.

El tratamiento del úlcus simple del intestino delgado debe ser siempre quirúrgico. Si el diagnóstico se hace con exactitud antes del accidente perforativo, para prevenirlo, y si ya se produjo, como única posibilidad de salvación.

En el primer caso la conducta a seguir varía según las circunstancias. Se puede hacer la invaginación de la úlcera o se reseca ésta, y en caso de estenosis, la enteroanastomosis o la resección.

CABY recomienda esta última y RADVIN se adhiere a este parecer, en especial si se duda de la benignidad de la úlcera, extremo que no siempre se puede precisar macroscópicamente, en el sentir del citado autor.

En los casos de perforación, en términos generales, la conducta a seguir es la de limitarse a la operación mínima, indispensable.

El pronóstico de las perforaciones de los úlcus simples es malo, pues muchas veces son intervenidos tarde, y además la septicidad del contenido y la abundancia con que se derrama, contribuyen a este mal pronóstico. Las cifras de mortalidad publicadas no bajan del 60 por 100 y nuestros casos ya dijimos el final desgraciado que tuvieron.

En nuestro Servicio contamos con otras 7 observaciones de perforaciones intestinales de etiología desconocida, de las cuales 4 sobrevivieron, pero la falta de estudio anatopatológico nos impide considerarlas como genuinos úlcus simples, y consecuentes con el criterio expuesto más arriba, no los incluimos en el presente trabajo.

RESUMEN.

Se publican dos casos de perforación de úlcus simple de ileon, haciendo algunas consideraciones sobre su etiología, patogenia, sintomatología y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BLACK, J. M.—Brit. J. Surg., 17, 338, 1929.
 BOCKUS, H. L.—Gastroenterology, Saunders, 1947.
 CABY, F.—Ref. Jour. de Chir., 72, 394, 1938.
 CHRISTMAN, F.—Rev. de Cir., 7, 484, 1928.
 EPELING, W.—Ann. Surg., 97, 837, 1933.
 GRASSMANN, M.—Arch. für Klin. Chir., 136, 449, 1925.
 GUTIÉRREZ, V.—Rev. de Cir., 7, 477, 1928.
 KLEINSCHMIDT, O.—Cirugia, Kirschner, Nordmann, Labor, 1946.
 MADDOCK, W. y COVENTRY, M.—Surg. Gynec. and Obst., 73, 105, 1941.
 OUARD y JEAN, G.—Arch. Mal. Abd. Digest., 15, 208, 1925.
 PILACHS, P.—Med. Esp., 5, 89, 1941.
 PICKHARDT, O. C.—Ann. Surg., 91, 291, 1930.
 RADVIN, I. S.—Ann. Surg., 85, 873, 1927.
 ROBINSON, D. R. y WISE, W. D.—Surg. Gynec. and Obst., 70, 1097, 1940.

SUMMARY

Two cases of perforated simple ulcer of the ileum are reported. The aetiology, pathogenesis, symptoms and treatment are considered.

ZUSAMMENFASSUNG

Man veröffentlich zwei Fälle mit Perforation eines einfachen Ulcus im Ileum und stellt im Anschluss daran Betrachtungen über die Aethiologie, Pathogenese, Symptomatologie und Behandlung an.

RÉSUMÉ

On publie deux cas de perforation d'ulcus simple d'iléon en faisant quelques considérations sur son étiologie, pathogénie, symptomatologie et traitement.

NOTAS CLÍNICAS

CUADROS NEUROLOGICOS ATÍPICOS DE LAS LESIONES INTRAMEDULARES CERVICALES

C. JIMÉNEZ DÍAZ, S. OBRADOR, J. V. ANASTASIO y M. ARRAZOLA

Instituto de Neurocirugía. Clínica Médica del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ. Madrid.

El diagnóstico clínico de una lesión intramedular de la columna cervical se hace habitualmente por la presencia de una sintomatología neurológica bien definida y precisa, con trastornos sensoriales que corresponden a las fibras centrales espino-tálicas (disociación siringo-

miélica), afectación de las vías motoras cortico-espinales, signos segmentales de tipo motor (atrofia, paresia, abolición de reflejos), sensitivo y trófico. Pero frente a esta sintomatología clásica y bien conocida existen también casos sorprendentes en los cuales una extensa lesión, quística o tumoral, dentro de la médula cervical, puede originar cuadros clínicos bizarras e insospechados para la situación y extensión intramedular del área patológica.

El empleo de los métodos auxiliares diagnósticos, especialmente de la mielografía, junto con la práctica más extensa de laminectomías exploradoras nos ha revelado un sorprendente polimorfismo clínico de las lesiones intramedulares de la región cervical. En el Instituto de Neurocirugía hemos recogido ya seis casos de

procesos intramedulares cervicales, confirmados por la intervención quirúrgica, y vamos a resumir ahora las historias clínicas de tres enfermos recientes con síndromes muy atípicos.

Caso 1.—G. M. B. Enferma de cincuenta y ocho años, natural de Fresno de Carballeda (Zamora).

Los antecedentes familiares y personales no presentan datos de interés patológico, excepto una parálisis facial periférica hace doce años.

Hace cinco años comienza a notar el pie derecho "como acorchaado" e "insensible" y con cierta dificultad para los movimientos. A los pocos días aparece una molestia similar en el pie izquierdo. En ambos pies tenía "sensación de fuego" que la obligaba a ponerlos en sitios fríos. Siguió con estas sensaciones durante tres años, con parestesias frecuentes en los pies y cierta dificultad para la marcha. Desde hace dos años tiene dolores en la pierna derecha, que parten de la región glútea y se irradián por la cara posterior del muslo hasta la rodilla. En estos dos últimos años la pérdida de fuerza en las dos piernas se ha ido acentuando y sólo puede andar con gran dificultad. Siente las piernas "como acorchaadas". Hace tres años tuvo un episodio doloroso en el brazo izquierdo, que duró unos días y desde entonces ha quedado cierto adormecimiento en el dedo pulgar, que después se ha extendido a los dedos índice y medio de dicha mano izquierda.

La enferma había sido estudiada en el Hospital Provincial en la sección del Dr. P. BARREDA, y fué internada en el Instituto de Neurocirugía el 22 de febrero de 1950.

En la exploración encontramos una enferma asténica en regular estado de nutrición. En los pares craneales sólo queda como resto de la antigua parálisis facial izquierda, una ligera asimetría.

En los miembros superiores no hay atrofias. Ligera paresia y torpeza del brazo izquierdo. Dinámómetro; mano derecha, 20 y mano izquierda, 9. Los movimientos finos de los dedos se efectúan peor con la mano izquierda. Los reflejos bicipital y radial están abolidos en el brazo izquierdo. Resto de reflejos, vivos. Reflejos abdominales abolidos. En los miembros inferiores existe una paraplejia espástica más acentuada en la pierna izquierda, con hipertonia, exaltación de reflejos y Babinski bilateral.

Desde el punto de vista sensorial se encontraba una ligera hipoestesia táctil y dolorosa en los dedos pulgar e índice de la mano izquierda. En las piernas los resultados eran menos claros y contradictorios en diversas exploraciones. A veces se veía una ligera hipoestesia táctil y térmica en la pierna izquierda. Sensibilidad dolorosa, bien. El sentido de la posición y reconocimiento de vibración algo deficientes en la pierna izquierda. Sensibilidad discriminatoria de símbolos escritos en la piel conservada.

Los análisis de sangre y líquido cefalo-raquídeo no arrojaban anomalías. Las pruebas manométricas del líquido cefalorraquídeo son normales.

Como la mielografía descendente demostró un bloqueo a nivel de C₂, se practica una laminectomía de la tercera, cuarta, quinta y sexta vértebras cervicales, y encontramos una cavidad quística intramedular que se abre por incisión de la porción dorsal de la médula. La cavidad se extendía hacia los cordones posteriores del lado izquierdo y no contenía líquido en su interior.

Caso 2.—L. M. C. Enfermo de cuarenta y nueve años, de Albox (Almería).

Las molestias de este enfermo se habían iniciado dos años antes de su primera consulta con nosotros (1948), en forma de dolor intenso en región lateral izquierda del cuello con irradiación al hombro y parestesias y adormecimiento en la mano izquierda. Estas molestias aumentaban con la tos y esfuerzos. El estado general era excelente y el enfermo no aquejaba ningún otro síntoma.

La movilización del cuello producía algo de dolor en el lado izquierdo y también la presión sobre la región paravertebral izquierda a nivel de la quinta y sexta

vértebras cervicales. No aparecían atrofias ni fasciculaciones, y el tono, fuerza y motilidad eran normales. El reflejo del biceps izquierdo estaba abolido. Sobre la porción lateral del cuello y hombro izquierdo existía un área imprecisa de hipoestesia táctil y dolorosa, que se extendía hacia el brazo en forma muy imprecisa. En el resto de la exploración neurológica no existían alteraciones.

Reacciones específicas, negativas en sangre. Pruebas manométricas y examen de líquido cefalorraquídeo, normales. Estudio radiográfico (Dr. LARA): Desaparición de la lordosis fisiológica de la columna cervical. En borde inferior del cuerpo de la tercera vértebra cervical osteofito marginal y estrechamiento ligero del espacio intervertebral entre tercera y cuarta.

Pensando en la posibilidad de una hernia lateral intervertebral hicimos, en enero de 1949, una hemilaminectomía cervical de tercera, cuarta y quinta vérte-



Fig. 1.

bras en el lado izquierdo. Como la exploración extra e intradural es negativa, se hace una sección de las raíces posteriores como proceder antiálgico.

El enfermo no mejora con la intervención, y dos meses después de ésta, frente a la persistencia de los dolores, se practican una serie de infiltraciones con solución de novocaina, que no son eficaces.

Nuevamente vuelve el enfermo al Instituto de Neurocirugía en enero de 1950 con dolores persistentes y continuos en el hombro y brazo izquierdos. Acorchamiento y parestesias en la mano izquierda. El área de hipoestesia en brazo izquierdo seguía aproximadamente igual que después de seccionar las raíces posteriores, y sólo en una de las exploraciones encontró uno de nosotros una mayor afectación térmica en el territorio C₆ a D₁. En el resto de la exploración no se encontraban otras modificaciones marcadas, aunque el reflejo de flexión de la mano y los signos de Hoffmann y Trömner eran algo más vivos en el lado izquierdo y los reflejos patelares algo vivos.

La mielografía descendente demuestra una detención a nivel de C₂ (fig. 1), y en una laminectomía cervical alta a partir de ese nivel se descubre un ensanchamiento de la médula. Con la punción exploradora se extraen unos dos centímetros cúbicos de líquido y la sección longitudinal de la médula conduce a una cavidad quística intramedular.

Caso 3.—R. R. P. Niña de once años, natural de El Ferrol. Enviada al Instituto de Neurocirugía el día 27 de enero de 1950 por el Prof. A. Fernández Cruz.

En los antecedentes no existen datos patológicos interesantes.

En el mes de octubre pasado comenzaron a notar cierta tendencia a la flexión de los dedos meñique y anular de la mano izquierda. Empieza también a manifestarse una atrofia de dicha mano con pérdida de fuerza. Es tratada fisioterápicamente y al parecer mejora algo. Algunas veces ha notado algo de dolor en región cervico-dorsal y una cierta pérdida subjetiva de sensibilidad en la mitad izquierda del vientre. En la última semana, ciertas sensaciones parestésicas en los dedos índice y medio izquierdos.

En la exploración dominaba una discreta atrofia del antebrazo izquierdo y una marcada atrofia de los interósitos y eminencias tenar e hipotenar de la mano iz-

ción total del medio de contraste a nivel de la quinta vértebra (fig. 2). En la laminectomía observamos un gran tumor intramedular situado hacia el lado izquierdo de la médula y que se extendía varios segmentos. Extirparamos una gran parte del tumor, y el estudio histopatológico del Dr. MORALES PLEGUEZUELO demuestra se trata de un glioma intramedular (espongioblastoma polar).

COMENTARIO.

El hallazgo de extensas lesiones de la médula cervical en estos casos fué para nosotros una sorpresa. Los casos 1 y 2, con una cavidad quística (siringomielia o hidromielia) no presentaban los rasgos de una típica siringomielia. En el caso 1 había predominado una sintomatología de dolores "quemantes" en los miembros inferiores y también había presentado un episodio de dolor en un brazo. Aunque algunos reflejos osteotendinosos estaban abolidos en dicho brazo y existían alteraciones parético-espásticas en las piernas las modificaciones sensoriales eran muy discretas y no correspondían a las clásicamente conocidas en otros casos de siringomielia.

En el caso 2 dominaba la sintomatología un cuadro doloroso muy intenso, acompañado de parestesias en una extremidad superior y aunque existían en dicho brazo discretas alteraciones sensoriales y abolición del reflejo del biceps, tampoco puede considerarse como un caso típico de siringomielia. El primer diagnóstico que se hizo en este enfermo fué de una probable compresión radicular (hernia de disco cervical) por la gran intensidad de los dolores.

Finalmente, en el caso 3, a pesar de encontrarse un enorme tumor intramedular de la región cervical, dominaba el cuadro la intensa atrofia predominantemente distal del brazo izquierdo con el trastorno motor consiguiente. Desde un punto de vista sensorial, sólo objetivamos claramente una hipoestesia en el territorio del cubital izquierdo y de vías corticoespinales, un ligerísimo arrastre de la pierna izquierda en la marcha con reflejos más vivos que llevó a uno de nosotros a pensar en una posible lesión cervical.

Esta experiencia clínica enseña rotundamente que una extensa lesión, sea quística o tumoral, dentro de la médula cervical puede cursar con una sintomatología frustrada y atípica, y en la que faltan los clásicos síntomas neurológicos de la médula cervical. Unos dolores de tipo central, localizados a un miembro superior o incluso a las extremidades inferiores, una atrofia de una mano, pueden ser debidos a una lesión intramedular, aunque falten o estén poco acusados otros trastornos sensoriales y motores.

La escasa expresividad clínica de algunas lesiones intramedulares de la región cervical aconseja el empleo de la mielografía descendente, con medios de contraste que pueden ser aspirados después de la prueba. En los tres casos resumidos en este trabajo la mielografía pudo ayudar en el diagnóstico al demostrar señales de un bloqueo cervical, pero también hemos vis-



Fig. 2.

quieta. Mano en garra con flexión más marcada del anular y meñique. Ligera disminución de fuerzas en antebrazo izquierdo y gran paresia de todos los movimientos de los dedos de la mano izquierda. Reflejo del triceps izquierdo abolido. En la región cubital de la mano izquierda existía una clara hipoestesia táctil y dolorosa.

En los miembros inferiores el tono y la fuerza estaban bien y sólo uno de nosotros llamó la atención, en una de las exploraciones, sobre un ligerísimo arrastre de la pierna izquierda en la marcha. De todas formas el reflejo patelar y aquileo izquierdos eran algo más vivos pero no existían Babinski, ni similares. Las sensibilidades estaban conservadas, excepto por las sensaciones subjetivas de la enferma en la mitad izquierda del abdomen, donde a veces decía percibir algo menos los estímulos. Las sensibilidades térmica, dolorosa y profunda eran totalmente normales.

En los exámenes de orina, sangre y líquido cefalorraquídeo no aparecían anomalías. Radiografías simples de región cervical normales. Una exploración eléctrica por el Dr. LARRAMENDI demostró una mayor afectación de los músculos inervados por los segmentos C₅, C₆ y T₁ del lado izquierdo.

En la mielografía descendente apareció una deten-

to un ejemplo de siringomielia cervical, confirmado por la operación, en el cual la mielografía había sido negativa. Las pruebas manométricas de Queckenstedt son frecuentemente negativas en las lesiones intramedulares de esta región, como ocurría en nuestros casos.

RESUMEN.

Se presentan tres observaciones clínicas de lesiones intramedulares quísticas y tumorales de la región cervical, confirmadas por la intervención quirúrgica, con síndromes neurológicos atípicos en los que faltaban en gran parte las alteraciones neurológicas sensoriales y motoras de las lesiones intramedulares.

En la médula cervical una lesión intramedular puede manifestarse por un cuadro doloroso intenso de una extremidad superior o por una atrofia distal y faltar o esbozarse ligeramente otros signos segmentales y de vías largas.

En estos casos atípicos la mielografía puede ser muy útil.

Nota sequedad de boca con gran frecuencia, especialmente por la noche, teniendo que recurrir a enjuagársela para disminuir sus molestias.

Presenta anorexia. Lo que come le sienta bien. De vez en cuando se le presenta un dolor sordo, que parte de hipocondrio izquierdo y se irradia por plano anterior de tórax hasta clavícula del mismo lado. Disnea de esfuerzo. Nunca ha tenido edemas.

Por las mañanas tose algo, con expectoración blanca.

Ha perdido 4-5 kilogramos desde el comienzo de su enfermedad.

No cree haber tenido fiebre (no se ha puesto el termómetro).

En los antecedentes personales, cefaleas frecuentes, neumonía hace tres años. Hace doce años, úlcera corneal en ojo izquierdo.

Antecedentes familiares sin interés, salvo la existencia de un hermano que ha padecido varias parálisis faciales y reumatismo.

En la exploración clínica nos encontramos un enfermo bien constituido, en buen estado de nutrición, con coloración morena de piel y buena de mucosas. Boca séptica, con falta de piezas.

En ambas regiones parotideas se aprecian unas tumefacciones del tamaño de un huevo de gallina (fig. 1), que



Fig. 1.

UN CASO DE SINDROME DE HEERFORDT

A. BULLÓN RAMÍREZ

Laboratorio del Hospital
de la Princesa, Prof. Doc-
tor F. DÍEZ MELCHOR.

M. AGUIRRE JACA

Clínica Méd. del Hospital
de la Princesa, Prof. Doc-
tor F. R. DE PARTEARROYO.

M. RIAZA PEÑA

Oftalmólogo Provincial de Sanidad.

El objeto de la presente comunicación es presentar un caso de síndrome de Heerfordt, para lo cual creemos oportuno empezar con la descripción del cuadro clínico.

Enfermo J. N. B., de cuarenta y cuatro años, natural de Santibáñez de la Sierra (Salamanca), casado, de profesión campesino, que ingresó en el Hospital de la Princesa el 24 de enero de 1950, contando la siguiente historia: Desde hace unos cuatro meses, y encontrándose anteriormente bien, empezó a notar, sin saber a qué atribuirlo, dolor fuerte en la región frontal, de preferencia en la mitad derecha, sin irradiación. Coincidiendo con esto apreció que tenía los ojos muy enrojecidos y que no veía bien, sin aquejar otras molestias en los mismos. A medida que pasaba el tiempo, fué perdiendo vista progresivamente, a pesar de haberse puesto en tratamiento, hasta hace un mes en que su visión se redujo mucho más y aparecieron dolores en ambos globos oculares, de regular intensidad. Los dolores frontales han sido de intensidad variable, de tal manera, que ha tenido temporadas en las que ha mejorado, para, en otras, volver a rerudecerse.

Coincidendo en su iniciación con los trastornos oculares, le aparecieron unos bultos en ambas regiones parotideas, de gran tamaño, de consistencia muy dura, pero nunca dolorosos. Estos bultos le fueron disminuyendo progresivamente de tamaño sin haber sido sometido a ningún tratamiento. Ultimamente le administraron dos sesiones de radioterapia sobre esta región, con lo que los abultamientos se redujeron bastante más.

elevan el lóbulo de la oreja, de consistencia leñosa, no dolorosas, no adheridas a piel, pero sí a planos profundos.

No hay alteraciones en las glándulas submaxilares ni en las amigdalas.

Ojos.—A primera vista se observa que el paciente mantiene los párpados semicerrados y que no dirige la línea de visión muy exactamente. Entreabiertos los párpados se aprecian los globos oculares bañados en una secreción lagrimal y conjuntival acuosa, no muy abundante. No se observa hipertrofia de la glándula lagrimal. La conjuntiva se encuentra congestionada con ambos tipos de vascularización conjuntival y ciliar, si bien este último enmascarado por una ligera quemosis.

La motilidad extrínseca del globo ocular y párpados se conserva sin novedad.

Inspeccionando ya los globos oculares, encontramos en el O. I. un leucoma antiguo, situado en la mitad corneal inferior, observándose a la lámpara de hendidura una fina vascularización superficial, que penetra en su mayor parte desde las cuatro horas del limbo. Las córneas de ambos ojos muestran disminuida su transpa-