

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. CLINICAS

Sesión clínica del jueves 27 de abril de 1950.

Se presentaron los siguientes enfermos:

CRANIOPATIA METABOLICA

Enferma de cincuenta y nueve años, que desde hace dos años y medio viene teniendo cefaleas que se irradian desde occipucio a vertex. Al principio se presentaban en crisis que duraban dos días, y luego pasaba largas temporadas bien; pero desde hace un año la cefalea es continua y más intensa por las mañanas; el acto de peinarse le provoca dolor. Desde hace dos meses es más acusada y se encuentra constantemente como mareada. Coincidiendo con este cuadro ha cambiado de carácter; era jovial y alegre, y ahora siempre está deprimida. Al principio tenía insomnio y pesadillas. La menopausia se presentó a los cincuenta y un años.

Es una enferma bien constituida y nutrida, con discreta hipertricosis en labio superior y mentón y dolor a la percusión en vertex. La tensión arterial es de 17/8. Los tonos cardiacos son puros. En el tórax y abdomen no se encuentra nada anormal y la exploración neurológica es negativa.

Tiene 4.500.000 hematies, con valor globular de 0,97. La velocidad de sedimentación y la fórmula leucocitaria son normales. En la orina no se encuentran alteraciones. El fondo del ojo revela signos de esclerosis vascular. En la radiografía de cráneo se comprueba una hiperostosis frontal muy evidente.

La enferma es presentada por los Dres. CENTENERA y LAHOZ NAVARRO, con el diagnóstico de craniopatía o síndrome de MORGAGNI-STEWART-MOREL. Este diagnóstico se basa en el tipo de cefalea, en la hipertricosis y en el trastorno psíquico acompañante.

El Profesor JIMÉNEZ DIAZ lo confirma, y hace unas consideraciones sobre si este síndrome tiene realidad o es únicamente la manera de dar una base orgánica a algo que de no existir hiperostosis quedaría inexplicado. En este sentido comenta que hay personas con una tremenda hiperostosis que no tienen el síndrome, y por el contrario otras que lo presentan y no tienen hiperostosis. Cabe por esto la posibilidad de que la hiperostosis sea un hallazgo en ciertas personas que además tienen cefalea. Esta se ha atribuido a un aumento de la tensión del líquido cefalorraquídeo, que se ha demostrado en algunos casos, y en otros en que esto no se ha podido demostrar, se ha logrado comprobar una hipertensión electiva de la arteria central de la retina, que haría pensar que la cefalea de la craniopatía metabólica fuera de génesis vascular.

Respecto a la enferma presentada, se concluye que debe medirse la presión de la arteria central de la retina, para ver si una elevación de la misma explica la cefalea en este caso, perteneciente desde luego al síndrome de la craniopatía metabólica. Se considera un signo de valor para este tipo de cefalea la hiperestesia del cuero cabelludo, puesta de manifiesto en esta enferma por el dolor que la produce el peinarse.

EPILEPSIA POST-TRAUMATICA

Enfermo de veintiséis años, que en junio pasado se cayó de una bicicleta, recibiendo un golpe en la región fronto-parietal izquierda, que le produjo dolor local, pero sin impedirle seguir en la bicicleta. No obstante,

una hora más tarde tuvo una ligera obnubilación que pasó pronto, y al día siguiente se le presentó cefalea con vómitos; la cefalea se hizo más intensa dos días más tarde y se acompañó de agitación psicomotora, agrediendo a los que se acercaban a él. A los cinco días mejoró, pero contestaba un poco desacorde a las preguntas. En estas condiciones le hicieron una punición lumbar, encontrando una presión baja, de 5 cm, y percibieron que tenía 25 pulsaciones al minuto. Pronto mejoró de todo esto, hasta hace quince días, en que se presentó un accidente febril, y al recuperarse del mismo le aparecieron unas crisis convulsivas con desviación derecha de la cabeza y hacia arriba de los ojos y movimientos desordenados de las cuatro extremidades; echó espuma por la boca y no tuvo incontinencia de esfínteres. Tuvo el primer día de aparición hasta cinco crisis de las características mencionadas, y al día siguiente dos. En los intervalos agredía a las personas que se acercaban a la cama. Después ha quedado completamente bien hasta la actualidad.

La exploración orgánica y neurológica es ahora totalmente negativa.

Tiene una velocidad de sedimentación de 12,5. Hematies, 4.300.000, con 4.250 leucocitos y fórmula normal. En la orina no existen alteraciones.

En el electroencefalograma se encuentra una actividad basal desorganizada con alteraciones focales, constituidas por ondas deltas en región fronto-parietal izquierda.

En las radiografías simples de cráneo no se aprecia nada significativo.

El enfermo es presentado por los Dres. GILSANZ y TAMAMES, e interviene en su discusión, junto al Profesor JIMÉNEZ DIAZ, el Dr. OBRADOR. Se llega a la conclusión de que se trata de una epilepsia focal post-traumática, probablemente determinada por un hematoma subdural o una contusión en la zona del trauma, y que la indicación quirúrgica, previa radiografía, es rotunda.

COLANGITIS POR INFECCION RETROGRADA EN ENFERMO GASTRECTOMIZADO Y CON COLESCISTODUODENOSTOMIA

Enfermo de cincuenta y cuatro años, que desde hace dieciocho años venía teniendo molestias digestivas sintomáticas de un úlcus duodenal, por el que fué gastrectomizado en el año 47. A los ocho días de la operación se puso amarillo, con astenia, anorexia, prurito y vómitos, y como la ictericia persistía, tuvieron que practicarle, ocho meses más tarde, una colecistoduodenostomía, con lo que quedó completamente bien.

Ha estado bien hasta hace dos meses, en que empezó a tener molestias indefinidas en el vientre, y en seguida ictericia, con algo de fiebre, astenia, prurito, heces acolíticas, orinas colúricas y disminución de peso. Este cuadro persiste en la actualidad.

Es un enfermo bien constituido y desnutrido. Con ictericia marcada de piel y conjuntivas. En tórax no existe nada anormal, y la presión arterial es de 12/8. En abdomen, aparte de las cicatrices quirúrgicas anteriores, se palpa el hígado a unos dos traveses de dedo por debajo de reborde costal, discretamente doloroso y de consistencia algo aumentada. El bazo no se palpa ni se percute.

La radiosкопia de tórax es normal, y en la de aparato digestivo se aprecia un estómago gastrectomizado

que vacia bien y que no presenta alteraciones en la boca anastomótica.

La velocidad de sedimentación es normal, y en la fórmula leucocitaria se encuentra una discreta neutrofilia, con 13 formas en cayado. La colema es de 2,4 de bilirrubina directa, y 3,3 de total. El Hanger es negativo, el MacLagan de 4 unidades y el Kunkel de 6. La colinesterasa es de 195. En la orina existen pigmentos, sales biliares y urobilina.

El enfermo es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO, e intervienen en su discusión el Profesor GONZÁLEZ BUENO y el Dr. MARINA. El Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, como conclusión de lo expuesto, resume los hechos de la siguiente manera: Se trata de un enfermo que tuvo que ser sometido a una resección gástrica por úlcera duodenal, y a consecuencia de esta intervención tuvo una obstrucción de coledoco, que pudo estar determinada por desplazamiento, sutura, etcétera, y que tuvo que ser resuelta por colecistoduodenostomía, quedando bien. El episodio ictérico actual es indudablemente debido a una colangitis determinada por infección ascendente a partir del duodeno y a través de la vesícula abocada a él. Estas infecciones biliares ascendentes se ven a veces en los casos de colecistoduodenostomía; por ello es preferible practicar en casos necesarios colecistogastrostomías, con lo que no se presenta tal complicación.

La posibilidad de una hepatitis epidémica en este caso se descarta por la ausencia de bazo y la negatividad de las pruebas de función hepática. Es, por tanto, un caso de colangitis por infección retrógrada en un enfermo resecado y con colecistoduodenostomía.

CANCER DE SIGMA

Enferma de cuarenta y tres años, que hace seis meses empezó a tener heces caprinas, y un día, con ligeros dolores abdominales previos, tuvo una enterorragia abundante con sangre negra y coagulada, que la dejó muy floja. Siguió con heces caprinas, y hace quince días ha vuelto a tener otra hemorragia de sangre roja, y desde entonces tiene heces negras. Ha perdido unos ocho kilos de peso. El padre y un hermano murieron de úlcera de estómago.

Es una enferma bien constituida y de buen color. En tórax no hay nada anormal, y la presión arterial es de 13/8,5. En abdomen se palpa el hígado aumentado tres traveses de dedo por debajo de reborde. El bazo no se palpa ni se percute. Y en la fossa ilíaca izquierda se percibe una tumoración dura, dolorosa y del tamaño de un huevo de gallina, que se mueve mal y parece asentar en el sigma. El tacto rectal es negativo.

La velocidad de sedimentación es de 32. Tiene 4 millones de hemáticas. En la orina no hay alteraciones, y en las heces las hemorragias ocultas son positivas de tres cruces.

La radioscopya de aparato digestivo no demuestra alteraciones en estómago ni en duodeno, y el enema opaco pone de manifiesto una estrechez determinada por una infiltración de aspecto escirroso en la unión del sigma con el colon descendente.

Se trata, por tanto, de un cáncer escirroso del sigma, que debe ser tratado quirúrgicamente. Se discute si el hígado aumentado es debido a una metástasis tumoral; en este sentido, como su borde es muy regular y la consistencia es uniforme y normal, se piensa más bien en un hígado ptósico por relajación de las paredes abdominales. No obstante, aunque se tratara de un hígado metastásico, la intervención no estaría contraindicada, en primer lugar, como hace resaltar el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, porque las metástasis pueden ser extirpables; en segundo, porque el tumor de intestino grueso, y por tanto sus metástasis, es de evolución muy tórpida, siendo la hemorragia y la obstrucción los dos síntomas que le hacen aparente y que obligan a la intervención, y por último, porque en ocasiones al extirpar la neoplasia matriz se para la evolución de las metastásicas. Por todas estas razones, aunque el aumento del hígado se debiera a metástasis tumorales, el tratamiento en este caso debe ser quirúrgico.

¿NEFRITIS SUBAGUDA? ¿NEOPLASIA RENAL?

Enferma de sesenta y seis años, que a últimos de agosto pasado comenzó a tener edemas en párpados, tobillos y pies. A los tres meses se le hincharon también los muslos, y desde hace un mes tiene anasarca. Los cuatro primeros meses de la hinchazón tuvo poliuria con polaqueria, nicturia y orinas rojas, como agua de lavar carne; pero en marzo tuvo una fase de anuria, que duró doce horas y se acompañó de obnubilación y alucinaciones y cedió con calcio-diuretina y penicilina. Tiene constantemente astenia y anorexia y dolor en fossa renal izquierda, que cede con calor. No ha notado fiebre. Va estreñida de siempre. Hace quince días le trajeron orina con sondaje, y dice que encontraron pus en ella.

En la exploración se encuentra una enferma muy desnutrida e intensamente pálida. Lengua resquebrada. Refuerzo del segundo tono aórtico y presión arterial de 17,5/11. En pulmones se percibe una matidez en la base derecha, con disminución de murmullo vesicular y de vibraciones. En abdomen, el hígado está algo aumentado, y no se percute ni se palpa el bazo. Existe edema generalizado bastante acusado. Dolor electivo en zona renal izquierda.

La orina tiene una densidad de 1.009, contiene un gramo de albúmina por mil y en el sedimento se encuentran leucocitos aislados, hematuria intensa y algún cilindro hialino-granuloso.

En la radioscopya de tórax se aprecia un corazón globalmente dilatado, pero más intensamente a expensas de las cavidades izquierdas, y un derrame en la base derecha de bastante densidad.

La enferma es presentada por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO, e interviene en su discusión, junto al Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, el Dr. GILSANZ.

Se llega a la conclusión de que el diagnóstico oscila entre dos procesos: Podría tratarse de una hipertensión arteriolonecrótica determinada por una nefritis de evolución subaguda, dada la rapidez de comienzo y de evolución, la grave afectación del estado general y la edad de la enferma. Pero también cabe la posibilidad de una neoplasia renal, porque, aparte de la edad, tiene molestias electivas en fossa renal izquierda, ha tenido hematuria, que ha determinado orinas como agua de lavar carne, y además existe la imagen pulmonar que, aunque podría estar determinada por un hidrotórax, también cabe el que sea expresión de una metástasis. Existe el dato de los edemas generalizados, que inclinan al primer diagnóstico, porque no es frecuente el que aparezcan en las neoplasias de riñón; sin embargo, éstas también pueden determinarlos, ya que cuando asientan en las proximidades de la vena renal pueden ocluirla y originar un cuadro nefrótico como el que aparece en la trombosis de este vaso.

HIPERTENSION ARTERIAL CON CRISIS ECLAMTICAS (¿SUPRARRENALOMA?)

Enferma de cincuenta y cinco años, que de siempre ha padecido de dolores de cabeza; pero que se hicieron más intensos a raíz de la guerra, acompañándose desde entonces de ruidos y a veces de nublamiento de la vista. Hace cuatro años las cefaleas aumentaron y tuvo una crisis de pérdida de conocimiento, acompañada de convulsiones generalizadas y expulsión de espuma por la boca; al pasar le quedó un pequeño trastorno en el habla, del que se recuperó poco a poco. Entonces la diagnosticaron de tumor cerebral y la trataron con radioterapia; pero ha seguido teniendo crisis semejantes, habiendo presentado hasta la actualidad hasta diez similares. Últimamente se encuentra mejor.

Es una enferma bien constituida y en la que la exploración neurológica es totalmente negativa. De la exploración de los restantes aparatos y órganos sólo cabe señalar que padece una hipertensión arterial de 21/13,5 y una marcada hipertricosis.

La velocidad de sedimentación es de 11,5, y la fórmula normal. En la orina, que es de una densidad de 1.029, no se encuentran alteraciones. La urea en

sangre es de 0,46 g. por 1.000, y la prueba de Van Slyke demuestra una descarga ureica en S. B. C. de 90 por 100. El Wassermann es negativo.

En la radioscopya de tórax se aprecia pulmón y corazón sin alteraciones y pedículo vascular ancho, con aumento de densidad.

El fondo de ojo no ofrece más alteraciones que las correspondientes a una miopía.

La enferma es presentada por los Dres. LORENTE y PERIANES, e interviene en su discusión, junto al Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, el Dr. BARREDA.

Se llega a la conclusión de que se trata de una enferma con hipertensión arterial y con unas crisis convulsivas que por sus características hay que interpretar como fenómenos de eclampsia. Es muy verosímil que estos fenómenos estén determinados por la liberación a la sangre en forma paroxística de una sustancia angioquinética que puede ser adrenalina, procedente de un incretoma suprarrenal. En este sentido el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ comenta cómo los incretomas suprarrenales suelen dar más corrientemente crisis de tipo adrenal-simpático con angustia, palidez, horripilación, etcétera, pero en ocasiones determinan también de manera exclusiva crisis eclámpicas. Se llega a la conclusión, por tanto, de que en todos los hipertensos con crisis eclámpicas debe pensarse en la posibilidad de que éstas estén determinadas por agudizaciones paroxísticas de la hipertensión, siendo todo sintomático de un suprarrelanoma. Apoya este diagnóstico en la enferma presentada el hecho de tener hipertricosis acusada. Es necesario realizar un estudio radiográfico de suprarrenales o ir a la exploración quirúrgica de la zona y extirpar la tumoración.

NEOPLASIA BRONQUIAL

Enferma de sesenta y dos años, que desde hace dos meses viene teniendo dolores torácicos, localizados en región esternal y en ambos costados, y tos seca, que los aumenta. Desde hace ocho días tiene también anorexia y disnea de esfuerzo, y últimamente ortopnea.

Es una enferma con intensa ortopnea, pálida y desnutrida. Tiene un ligero edema palpebral. 84 pulsaciones y un soplo sistólico suave de carácter funcional en la punta. En la exploración pulmonar se aprecia una submatidez con estertores húmedos en la base izquierda. El abdomen es normal.

La radiografía de tórax demuestra una opacidad no uniforme en la base izquierda.

Tiene una velocidad de sedimentación de 130, con neutrofilia de 78. La orina es normal, y en el esputo se han visto células atípicas.

La enferma es presentada por el Dr. VARELA DE SEIJAS, quien con el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ concluye que padece una atelectasia infectada post-obstructiva de indudable naturaleza neoplásica, ya que existe una velocidad de sedimentación muy aumentada y se ha comprobado la presencia de células atípicas en el esputo.

Sesión clínica del jueves 4 de mayo de 1950.

Se presentaron los siguientes enfermos:

NEOPLASIA GASTRICA EN ESTOMAGO RESECANO

Enfermo de cincuenta y siete años, que hace catorce empezó a tener molestias digestivas sintomáticas de un úlcus duodenal; como no mejoró con tratamiento, en el año 39 le hicieron una gastrectomía, encontrándose dos úlceras de duodeno, y quedando después de la intervención completamente bien. Ha estado sin molestias hasta hace seis meses, que ha comenzado a tener dolor y penitudo epigástrica a la hora de terminar de comer, sensaciones que suelen durar unas dos horas y que a veces le obligan a provocarse el vómito. Desde entonces va estreñido, tiene anorexia, astenia y ha perdido peso.

Es un enfermo desnutrido, y en cuya exploración clínica lo único que resalta es la existencia de una masa, de consistencia dura y dolorosa a la palpación, en zona epigástrica, que sugiere una neoplasia a ese nivel.

La velocidad de sedimentación es de 38, y tiene, hematies, 4.500.000, con fórmula normal. En la orina no existen alteraciones.

Se ha estudiado la citología en el extraído gástrico, encontrándose unas células de protoplasma grande y aspecto endotelial. En las heces, las hemorragias ocultas son negativas. El jugo gástrico es aquilico.

En el estudio radiológico de aparato digestivo se observa un estómago resecado con corvadura menor irregular, y en la que existen dos espículas que tienen aspecto de nicho. La mucosa gástrica es irregular y la palpación del estómago es dolorosa. En la boca anastomótica no existen alteraciones.

El enfermo es presentado por los Dres. MARINA y PÉREZ GÓMEZ, quienes lo discuten con el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ. Se llega a la conclusión de que es muy verosímil que se trate de una neoplasia hecha sobre el estómago resecado, aunque es muy difícil definirse, ya que teniendo en cuenta que la masa que se palpa no es muy dura cabe la posibilidad de que sea de carácter inflamatorio, en cuyo caso correspondería a una perigastritis. El examen radiológico no sirve en este caso para aclarar el diagnóstico, porque las alteraciones que demuestra pueden ser consecuencia de la intervención. En general, para poder interpretar las alteraciones gástricas que pueden aparecer después de una operación de estómago debía hacerse sistemáticamente radiografía de todo enfermo intervenido a raíz de su mejoría, la que podría servir de base para compararla con las que sea necesario hacer con posterioridad por razón de algún transtorno.

En este enfermo, respecto a conducta terapéutica, se trate de una neoplasia o de una inflamación, lo correcto, ante la duda, es la revisión quirúrgica de la zona.

ARTERITIS DISTAL OBLITERANTE

Enfermo de cincuenta y siete años, que hace diez empezó a tener calambres en la extremidad inferior izquierda, más tarde dolor y por último un cuadro claro de claudicación para la marcha en ambas extremidades, que se ha ido acentuando hasta la actualidad. Finalmente le han aparecido necrosis en diferentes dedos de los pies.

En la exploración se encuentra un sujeto bien constituido, sin nada anormal en tórax ni abdomen. La tensión arterial es de 14,5/8. En las extremidades inferiores se aprecian zonas violáceas, con algunas escarreas necróticas en diversos dedos del pie y uñas distroficas. Existe frialdad en la parte distal de ambas piernas; no se aprecia el pulso en ninguna de las dos pedias ni tampoco en la tibial posterior izquierda. La sensibilidad es normal y no hay ninguna alteración en las venas.

El resumen oscilométrico es: Extremidad derecha: Muslo, 2,5. Parte superior de la pierna, 2. Parte inferior de la pierna, 1,5. Extremidad izquierda: Muslo, 2. Parte superior de la pierna, 1. Parte inferior de la pierna, indicios.

El único análisis que ha dado tiempo a realizar es el de orina, en la que se han visto indicios de glucosa, pero una prueba de Exton que le practicaron es normal.

El enfermo es presentado por los Dres. OYA y SEGOVIA, e intervienen en su discusión los Dres. PUIG LEAL, BARREDA y CASTRO FARIÑA. El Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, resumiendo las hipótesis lanzadas, llega a las siguientes conclusiones: Se trata de una afección arterial obliterante de las dos extremidades, y en este sentido podría admitirse una arterioesclerosis distal; pero este tipo de arterioesclerosis de pequeños vasos es muy rara en los enfermos no hipertensos, como es el presentado. En los hipertensos pueden verse úlceras de diversa localización por obliteración de pequeñas arterias, sin que estén afectados los grandes vasos; pero como en este caso no existe hipertensión, y la localización es

muy distal, no ha progresado apenas en los diez años que lleva de evolución, y además comenzó a los cuarenta y siete, es decir, siendo él enfermo demasiado joven, son razones todas que se oponen al diagnóstico de arterioesclerosis distal. Considera por ello que hay que pensar más bien en una arteritis de evolución tórpida, y en este sentido no cree en una enfermedad de Buerger por no haber afectación de las venas, ni tampoco en una arteritis de las que se ven en la policitemia, que en realidad no presenta diferencias esenciales con la anterior; en cambio, reinterrogado el enfermo, se descubre que ha padecido algunos brotes reumáticos, por lo que resulta verosímil que su arteritis obliterante se haya hecho sobre una base reumática. También el Buerger se considera relacionado con el reumatismo, y tanto él como la arteritis del enfermo presentado constituyen procesos que hay que incluir dentro de este grupo de enfermedades que son expresión de una diatésis del colágeno y cuya etiología es tan oscura.

En el caso presentado habrá que hacer arteriografía, y después, como tratamiento, gangiectomía lumbar.

ACROCIANOSIS POR MALA ADAPTACION VASOMOTORA CONSTITUCIONAL

Enfermo de cuarenta años, que desde hace un año viene notando una sensación de cansancio en brazos y más intensamente en las piernas, que se acompaña de parestesias y que a veces se transforma en dolor cuando anda mucho. Estas molestias le aparecen cuando está mucho rato de pie y en ocasiones también estando acostado, en cuyo momento, sacando las extremidades al fresco, se le alivian. Este mismo cuadro lo tuvo hace quince años durante una temporada, y luego desapareció, dejándole bien hasta que ha vuelto a presentarse. Le sudan bastante los pies y las palmas de las manos, y en invierno se le ponen morados con el frío. Va habitualmente estreñido.

En los antecedentes no se encuentra nada de interés. No ha tenido anginas ni reuma.

En la exploración se encuentra un enfermo bien constituido, sin nada anormal en el tórax ni en el abdomen, y con tensión arterial de 14/9. En las extremidades inferiores los pulsos en pedias y tibiales están perfectamente conservados, y la oscilometría es normal.

Tiene una velocidad de sedimentación de 6,5, con 4.700.000 hematies, y leucocitos y fórmula sin alteraciones. En la orina no se encuentra nada anormal. La radioscopia de tórax sólo revela una aorta ligeramente elongada.

El enfermo es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO, quienes con el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ llegan a dar la siguiente interpretación a su cuadro: A pesar del cansancio que presenta en las piernas puede descartarse el que se trata de una claudicación intermitente para la marcha, ya que los pulsos en las extremidades son normales y asimismo las oscilaciones; sin embargo, es indudable que existe algo que motiva el cansancio en sus extremidades. Teniendo en cuenta que este cansancio aparece cuando está inmóvil y de pie, cuando anda mucho, o cuando está en la cama, en cuyo caso se le alivia sacando las extremidades al fresco, es lo más verosímil admitir que es debido a un éstasis sanguíneo en la extremidad, que se acentúa por la acción de la gravedad cuando se pone de pie y asimismo por la marcha y por el calor. Hay que pensar, por consiguiente, que tiene una mala adaptación vasomotora, y prueba de ella es la sudoración de las manos y de los pies, que es signo de anoxia y la acrocirosis; pero la mayoría de los enfermos que padecen ésta son enfermos psicópatas, y ello puede explicar las molestias que perciben.

Hay que concluir, por tanto, que el enfermo padece una acrocirosis por mala adaptación vasomotora constitucional, que origina una serie de sensaciones subjetivas que no las tendría si no pasasen por el filtro de su personalidad psicógena.

Se aconseja un tratamiento con psicoterapia y folclorina.

HIPERTENSION ARTERIAL DE TIPO ESENCIAL CON ARTERIOESCLEROSIS OBLITERANTE HIPERTENSIVA

Enfermo de sesenta años, que desde hace tres años tiene cefaleas, ha ido perdiendo agudeza visual y presenta hormigueos en las extremidades inferiores, con un cuadro de claudicación en la marcha.

En la exploración, aparte una esclerosis vascular generalizada más evidente en extremidades inferiores, sólo es necesario resaltar la existencia de una hipertensión arterial de 30/12.

La velocidad de sedimentación es normal. En la orina no existen alteraciones. La urea en sangre es de 0,40 g. por 1.000, y la prueba de Van Slyke en S. B. C. es de un 56 por 100. La glicemia en ayunas, de 0,90, con curva normal. Y en el fondo de ojo demuestra una neurorretinitis hipertensiva, con signos de esclerosis vascular, hemorragias y numerosos exudados.

El enfermo, que es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO, padece por tanto una hipertensión arterial de tipo esencial, con arterioesclerosis obliterante hipertensiva, y el problema que plantea es el terapéutico, en cuya discusión interviene el Dr. BARREDA con el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ. Se discute el si debe hacerse una intervención sobre el simpático, y se llega a la conclusión de que si pudiera pensarse que la tensión era capaz de bajar con ella, debería realizarse, a pesar de sus sesenta años; pero dada las alteraciones del fondo ocular y la obliteración arterial de las extremidades hay que admitir que la hipertensión debe estar fijada, y con la intervención se lograría muy poco. Por ello se aconseja un tratamiento médico con dieta sin sodio, vitamina C, rutina, etc., y de realizarle alguna intervención podría hacerse una estelectomía, por si resulta útil frente a la posibilidad de accidentes vasculares cerebrales.

VIRILISMO SUPRARRENAL POR ADRENOCORTOMA

Enferma de veinticinco años, que hace tres empezó a tener dolores de cabeza en región occipital, irradiados a frontal, y cansancio de vista; en seguida empezó a tener polifagia y polidipsia, y engordó 7 kg., llegando a pesar 92. Coinciendo con esto empezó a tener oligomenorrea, que últimamente se ha acentuado, dismenorrea y fases de amenorrea. Desde hace un año ha empezado a salirle vello, que va aumentando, y le ha cambiado la voz, haciéndose más ronca.

Es una enferma obesa, con grasa distribuida principalmente en raíz de los miembros y vientre. Estrias distensas en tórax, con buen desarrollo de mamas. Hirsutismo acentuado, con abundante vello en barba, labio superior, muslos y línea alba abdominal. En la exploración de aparatos circulatorio y respiratorio no se encuentra nada anormal. La tensión arterial es de 12/8. En abdomen no hay estrias violáceas y no se palpa nada anormal.

La velocidad de sedimentación y la fórmula son normales. Tiene 4.600.000 hematies. En la orina no existen alteraciones. El metabolismo nasal es de más de 2 por 100. La radioscopia de tórax y la radiografía lateral de cráneo son normales.

La enferma es presentada por los Dres RODA y FERNÁNDEZ CRIADO. El Profesor JIMÉNEZ DÍAZ resume las interpretaciones, concluyendo que se trata de un tipo de obesidad claramente cortical, y por consiguiente el virilismo es suprarrenal, debiendo tratarse de un adrenocortoma, por lo que debe hacerse una radiografía de suprarrenales y estudio de hormonas en orina. También podría tratarse, aunque es mucho menos probable, de un arrenoblastoma ovárico.

SINDROME DE SJÖGREN

Enferma de cuarenta y seis años, que hace cinco años, tras una emoción, se dió cuenta de que no tenía lágrimas.

mas ni olfato y que la boca estaba muy seca. En los ojos tenía una sensación de cuerpo extraño, como si tuviera arenilla, y en la boca una aspereza al deglutar los cuerpos sólidos que le obligaba constantemente a beber agua. A los pocos días de estar sin secreción salivar y lagrimal, le apareció una infección en encías y los dientes se le cayeron. Esta falta de secreción y la pérdida de olfato han persistido hasta la actualidad. De siempre ha sudado muy poco.

Es una enferma pálida. Los ojos los tiene hundidos y humedecidos por un líquido aceitoso, presentando en los fondos de saco conjuntivales unas adherencias, signos todos de una queratoconjuntivitis sica. No tiene olfato. La boca está muy seca y asimismo la lengua que aparece enrojecida. En los aparatos respiratorio y circulatorio no existe ninguna alteración, siendo la tensión arterial de 14/7. En abdomen no se palpa nada anormal.

La orina no presenta alteraciones. Tiene una anemia de 3.600.000 y una velocidad de sedimentación de 60. La glucemia es normal. Existe aquilia histamin-resistente.

La enferma, que es presentada por los Dres. OYA y SEGOVIA, presenta un síndrome de Sjögren típico e integrado, por consiguiente, por falta de lágrimas, de saliva y de olfato, unido a aquilia gástrica. Con este motivo el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ hace algunos comentarios sobre el proceso. Considera que el síndrome de Sjögren es solamente un síndrome, y por tanto puede deberse a diversas etiologías. Hay algunas afecciones sistematizadas que afectando a las glándulas lagrimales y salivares pueden darlo; tal ocurre con las leucemias, la enfermedad de Schaumann, la de Baevfestedt, la infección bacilar, etc.; en estos casos existe hiperplasia de las glándulas y, por tanto, puede aparecer bajo la forma de un síndrome de Mickuliz. Pero aparte de éstos hay casos en que puede aparecer el cuadro de Sjögren sin hiperplasia glandular y la mayor parte de las veces de una manera brusca y con motivo de una emoción; aquí las alteraciones que se ven en las glándulas son las correspondientes a una inflamación intersticial de tipo retraens, que es consecuencia de la xerosis originada por la alteración neurológica de la secreción glandular. Este sería el caso de la enferma presentada, pero hay que pensar que para que la emoción lo produzca es necesario que exista una base, y en tal caso, admitiendo que se trata de un proceso funcional que se organifica a expensas de una base constitucional, es verosímil que una simpatectomía, mejorando la vascularización de los órganos afectos, sea capaz de romper el círculo vicioso que conduce a la organicidad. Por ello se aconseja en esta enferma, pensando en que quizás la mejore.

LITIASIS BILIAR CON HEPATOCOLECISTITIS

Enferma de veintinueve años, que hace tres años, a raíz de una comida copiosa, se sintió como empachada, con sensación de peso doloroso en epigastrio, con vómitos que en ocasiones se los tenía que provocar, estreñimiento e ictericia discreta en los ojos. La ictericia le duró sólo tres días, pero siguió con las restantes molestias hasta que al cabo de un mes la operaron, haciendole hysterectomía subtotal, ovariectomía bilateral y apendicectomía, con lo que mejoró, estando bien hasta hace un mes en que nuevamente ha aparecido ictericia con dolor en epigastrio irradiado hacia hipocondrio derecho y con vómitos frecuentes; cuadro que persiste en la actualidad.

Es una enferma bien constituida y con tinte subcárdeno de piel y de mucosas. Discreta hipertricosis en labio superior y muslos. No hay telangiectasias. En tórax no se encuentra nada anormal. En abdomen se palpa el hígado doloroso a un tráves de dedo por debajo de reborde. No se palpa ni se percute el bazo.

El análisis de sangre no revela nada anormal. En la orina no existen alteraciones significativas. El jugo gástrico es normal y la reacción de Adler en heces negativa. El Wassermann también es negativo. La reacción de Hanger es positiva de dos cruces, la de Maclagan es

de 11 unidades y la de Kunkel de 12. La radiosкопia de estómago no revela alteraciones y la colecistografía demuestra que la vesícula no se llena.

La enferma es presentada por los Dres. GILSANZ y TAMAMES, quienes con el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ concluyen que teniendo en cuenta que los únicos datos positivos son la ictericia y el existir una colecistografía en que la vesícula no se llena, es verosímil pensar que se trata de una litiasis biliar con hepatocolecistitis y que deberá hacerse un tratamiento médico y si no mejora recurrir a la intervención.

CIRROSIS HEPATICA

Enfermo de treinta y ocho años, que desde hace cinco años tenía muchas mañanas al levantarse vómitos de color amarillento acompañados de sensación vertiginosa. Así estuvo hasta enero último, que ha empezado a tener dolor en hipocondrio derecho con astenia, anorexia y disminución de peso y al mismo tiempo hinchazón progresiva del vientre, que obligó en marzo a una paracentesis con extracción de 20 litros de líquido, que hubieron de repetir en abril. Desde hace dos meses hace dos deposiciones pastosas en el dia. Le ha aumentado de tamaño la mama derecha y ha perdido por completo la libido.

Entre sus antecedentes figura que en el año 33 tuvo una temporada dolores articulares que se repitieron en el 43. También, coincidiendo con la ingestión de un pescado, tuvo una intensa articularia. Es muy bebedor.

En la exploración se encuentra un sujeto desnutrido, pero con buen color. Lengua húmeda. En tórax nada que señalar. En abdomen se aprecia ascitis libre sin circulación colateral. El hígado se palpa dos tráveses de dedo por debajo de reborde costal y existe esplenomegalia, percibiendo el bazo hasta tres tráveses por debajo del reborde. No hay edemas.

Tiene 4.000.000 de hematies, con leucocitos y fórmula normales. El tiempo de Quick es también normal y asimismo la colemia. El Hanger es de tres cruces, el Maclagan de 12 unidades y el Kunkel de 19.

El enfermo es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO con el diagnóstico de cirrosis hepática de tipo Laennec. El Profesor JIMÉNEZ DÍAZ lo confirma y llama la atención sobre el hecho de que no tiene el aspecto caquético que caracteriza a los cirróticos descompensados y el que la colemia y el Quick son normales; todo hace abrigar la esperanza de que el proceso esté todavía en una fase reversible, a favor de lo cual va también el hecho de que a pesar de la ascitis la humedad de la lengua está conservada, dato que se observa en algunas cirrosis alcohólicas puras, que todavía pueden mejorar.

EPILEPSIA POR ENCEFALOPATIA CONGENITA

Enfermo de doce años, que cuando tenía dos se escurrió en una bañera recibiendo un golpe en la cabeza; aquella noche la pasó sin dormir y en algunos momentos le sorprendieron como ensimismado y con la mirada fija, luego quedó bien y diecisésis meses más tarde empezó a tener ataques convulsivos generalizados que se preceden de una sensación rara que no precisa, como si quisiera hablar y no pudiera. Le duran una media hora y luego le dejan muy decaído y con cefalea. Desde esa fecha hasta la actualidad los ha venido teniendo con intervalos variables, mejorando cuando le tratan con sinergina. Ultimamente le dan menos.

Nació prematuro, muy pequeño, con un peso de 2,5 kilos y asfíctico. Estuvo cinco días sin mamar. Dio los primeros pasos al año y medio. La madre no sufrió ninguna enfermedad durante el embarazo. Es el único hijo que se le ha logrado, teniendo antes varios abortos. El niño es inquieto, un poco tozudo, pero de buenos sentimientos. Tiene un cierto retraso de desarrollo mental, no sabe leer y no han podido llevarle al colegio porque lo intentaron en una ocasión y tuvo un ataque que le duró cuatro horas.

Es un niño bien constituido, pero con una expresión en su rostro que revela un cierto retraso intelectual. Tiene estrabismo convergente izquierdo y un nistagmus horizontal en resorte en las posiciones extremas de la mirada. El resto de la exploración neurológica y de los demás órganos es negativa.

En la sangre y en la orina no existen alteraciones significativas. El Wassermann es negativo y la radiografía de cráneo normal.

En el electroencefalograma se aprecia una disritmia difusa de ritmos lentos.

El enfermo es presentado por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ CRIADO, e intervienen en su discusión el Doctor OBRADOR junto al Profesor JIMÉNEZ DÍAZ. Se llega a la conclusión de que el tipo de epilepsia que padece no puede considerarse como focal ni como genuina, debe corresponder a algún proceso congénito que se revela en el hecho de que nació prematuro, con asfixia, y que es el único hijo que se le ha logrado a la madre. En ésta hay que pensar que existe algo (hiperfunción luteínica, factor Rh, etc.) que ha dado origen en el niño a una encefalopatía congénita que sólo da el nistagmus de fijación, los trastornos mentales y la epilepsia.

INFORMACION

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 13 de febrero de 1951 por la que se agrega la cátedra de Obstetricia y Ginecología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, a las oposiciones anunciadas para proveer la de la misma denominación de la Universidad de Salamanca, que fué convocada por orden de 1 de julio de 1950. (*B. O. del Estado* de 17 del mismo mes.) (*B. O. del E.* de 5 de marzo de 1951.)

Orden de 16 de febrero de 1951 por la que se agrega la cátedra de Otorrinolaringología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, a las oposiciones anunciadas para proveer la de la misma denominación de la Universidad de Granada, que fué convocada por Orden ministerial de 2 de febrero (*Boletín O. del E.* de 9 de febrero de 1951.) (*B. O. del E.* de 5 de marzo de 1951.)

MINISTERIO DEL EJERCITO

Orden de 13 de febrero de 1951 por la que se convoca oposición entre Licenciados en Medicina y Cirugía para cubrir cien plazas de Caballeros Cadetes en la Academia de Sanidad Militar (Sección de Medicina). (*B. O. del Estado* de 5 de marzo de 1951.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Patronato Nacional Antituberculoso.

Rectificación al programa que ha de regir en el concurso-oposición libre para cubrir veinte plazas de Médicos Tisiólogos de Dispensarios Comarcales dependientes de este Patronato. (*B. O. del E.* de 14 de marzo de 1951.)

MINISTERIO DE JUSTICIA

Dirección General de los Registros y del Notariado.

Anunciando a concurso de traslado las vacantes existentes en el Cuerpo de Médicos del Registro Civil, entre médicos propietarios, por el orden y turnos establecidos en el artículo 11 del Decreto de 21 de febrero de 1947 y disposición segunda de la Orden de 9 de diciembre de 1948. Vacantes existentes: 1.^a categoría, Juzgado Municipal núm. 10 de Barcelona. 2.^a categoría, Juzgado Municipal núm. 2 de Valladolid. 3.^a categoría, Juzgado Municipal núm. 2 de Santander, Juzgado Comarcal de Don Benito y Juzgado Municipal de Baza. (*B. O. del Estado* de 9 de marzo de 1951.)

MINISTERIO DE TRABAJO

Dirección General de Previsión.

Convocando concurso-oposición para cubrir plazas de Médicos Especialistas Jefes de Clínica de la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Guadalajara. (*B. O. del E.* de 4 de marzo de 1951.)

II CONGRESO EUROPEO DE REUMATOLOGIA organizado por la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATISMO

Barcelona: 24, 25, 26, 27 septiembre 1951.

Ponencias oficiales:

“Espondiloartritis anquilopoyética”.—Dr. Jacques Frestier, de Aix-les Bains (Francia); Dr. J. Goslings, de Leiden (Holanda); Dr. H. van Swaay, de Leiden (Holanda).

“Ultrasonido”.—Prof. A. Boni, de Zurich (Suiza); Prof. K. Matthes, de Erlangen (Alemania).

“Aspectos endocrinos”.—Dr. Edward W. Boland, de los Angeles (U. S. A.); Dr. John R. Mote, de Chicago (U. S. A.); Dr. Christian Hamburger, de Copenhague (Dinamarca); Dr. Gunnar Edström, de Lund (Suecia).

“Reumatismo no articular”.—Dr. W. S. C. Copeman Obe, de Londres (Inglaterra); Dr. R. M. Mason, de Londres (Inglaterra); Dr. L. G. C. Pugh, de Londres (Inglaterra); Dr. C. H. Slocumb (Mayo Clinic), de Rochester (U. S. A.); Prof. K. Gotsch, de Graz (Austria).

“Reumatismo Brucelar”.—Prof. Agustín Pedro Pons, de Barcelona (España); Dr. Pedro Barceló Torrent, de Barcelona (España); Dr. J. M. Vilaseca Sabater, de Barcelona (España); Dr. J. Rotés Querol, de Barcelona (España); D. E. Batalla Boixet, de Barcelona (España); Dr. R. Cirera Voltá, de Barcelona (España); Prof. Dott. Alessandro Robecchi, de Torino (Italia).

Se ruega dirigir toda la correspondencia, Comunicaciones, inscripciones, etc., a: Secretaría General, Vía Layetana, 31, Casa del Médico, Barcelona.

INSTITUTO DE UROLOGIA - BARCELONA

VI Curso monográfico de Urología para postgraduados sobre Cirugía Vesical.

Por los miembros y colaboradores del Instituto y los Profs. Michon, de París; Sabadini, de Argel; J. Trias, de Barcelona; Cifuentes y Pérez-Castro, de Madrid.

El curso tendrá lugar durante los días 7 al 13 de mayo, ambos inclusive, y el trabajo estará regulado por el siguiente horario: