

## SUMMARY

The changes occurring in 57 isoniazid-treated patients were followed up over a period of two to six months. The results were as follows: Marked improvement in the toxic syndrome. The degree of improvement was in relation to the severity of the condition. A great number of cases became negative; of them, some became subsequently positive. Radiological improvement was seen almost constantly. Cavity closures were seen in very few cases which are still under observation. Such closures might doubtlessly have occurred without the use of isoniazid.

Clinical signs that indicated resistance were seen at the end of the third month of treatment.

The greater danger of isoniazid therapy lies in its indiscriminative use (which is the result of misleading advertisements and low price) to the neglect of effective or even, in some cases, indispensable therapeutic measures, such as collapse therapy. In a great many cases the misuse of the drug will merely give rise to resistance.

## ZUSAMMENFASSUNG

Bei 57 Kranken, die 2-6 Monate lang mit dem Isonikotinsäurehydrazid behandelt worden waren, untersuchte man die eingetretenen Veränderungen. Es ergaben sich folgende Resultate: Bedeutende Besserung des toxischen Syndroms, welche umso stärker war je intensiver das Syndrom vorher war. Verschlechterungen bei einem grossen Prozentsatz mit anschliessender Verbesserung bei einem Teil der Patienten, fast immer röntgenologische Besserungen. Nur ganz ausnahmsweise, noch einer Kontrolle notwen-

dige Fälle mit Kavernenschluss; diese würden gewiss auch teilweise ohne das I. S. H. eingetreten sein.

Wir hatten Gelegenheit, Patienten mit klinischer Resistenz bis zum Ende des dritten Monates zu beobachten.

Die grösste Gefahr des I. S. H. sehen wir in seiner Anwendung infolge einer unvorsichtigen Propaganda und eines zu niedrigen Preises des Medikamentes. Es kommt dann bei der Mehrzahl der Fälle zum Auftreten von Resistzenzen und zum Vergessen anderer wirksamer und manchmal unbedingt notwendigen Massnahmen, wie zum Beispiel die Kollapstherapie.

## RÉSUMÉ

Etudes des modifications de 57 malades traités par l'hydracide de l'acide isonicotinique pendant des périodes qui oscillent entre 2 et 6 mois. Les résultats ont été: améliorations notables dans le syndrome toxique, d'autant plus marquées lorsque celui-ci est plus accentué. Négatif dans un grand pourcentage avec positivation postérieure dans certains des cas. Améliorations radiologiques presque constantes; très peu de cas de fermeture cavitaire, et sujets encore à observation, parmi lesquels une partie aurait eu lieu également sans la H. A. I. Nous avons observé des phénomènes cliniques de résistance vers la fin du troisième mois de traitement.

Nous voyons le plus grand danger de l'H. A. I. dans son emploi immoderé, poussé par une propagande imprudente et admis par le prix peu élevé du médicament, produisant une résistance dans la plupart des cas et oubliant des thérapeutiques efficaces et quelque-fois absolument nécessaires comme la collapsothérapie.

## NOTAS CLINICAS

## PIRAMIDOTOMIA EN PEDUNCULO CEREBRAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA COREO-ATETOSIS

J. R. BOIXADÓS.

Instituto de Neurocirugía. Servicio del Doctor S. OBRADOR  
ALCALDE. Madrid.

Desde que en 1932 BUCY y BUCHANNAN sistematizaron la extirpación de la corteza precentral, preconvulsa accidentalmente en 1909 por HORSLEY para el tratamiento de las discinesias, se han ido realizando y describiendo una serie

de intervenciones por distintos autores que con un fin común, interrupción de las fibras que salen de la corteza precentral, abordan a aquellas en distintos puntos situados a todo lo largo de su trayecto. Así tenemos que desde el nacimiento del sistema piramidal y parapiramidal en la corteza motora y premotora, atacado en este punto por la corticotomía de Bucy, se han practicado escisiones en los núcleos subcorticales (mitad anterior del brazo de la cápsula interna, ansa lenticular y fascículo lenticular) por MEYERS y por FÉNÉLON; lesiones sistematizadas a la cápsula interna, por BROWDER; en los pedúnculos cerebrales, por WALKER, y fi-

nalmente en la médula con las cordotomías anterior y lateral de PUTNAM y la piramidotomía latero-ventral de EBIN.

Las experiencias de CANNON, MAGOUN y WINDLE, con secciones de la base peduncular en monos, demostraron la instauración subsiguiente de una parálisis hipotónica contralateral con aumento de los reflejos profundos y ausencia del signo de Babinski. Esta paresia era transitoria, recuperándose de ella los animales al poco tiempo y de forma bastante completa.

Estas observaciones llevaron a WALKER a practicar la piramidotomía en el pedúnculo cerebral del hombre para el tratamiento de la coreo-atetosis, ya que en este punto la vía piramidal es superficial, quirúrgicamente asequible, y con ello se evitarían secuelas de déficit, posibles y molestas, que pueden presentarse en la corticotomía del hemisferio izquierdo.

La técnica preconizada por este autor consiste en una incisión de piel en la región temporal, cuya extremidad inferior llega a nivel del zigoma. Se descubre, incidiendo el músculo, la escama del hueso temporal, en la que se practica una craniectomía circular de unos 5-6 centímetros de diámetro. Se incide la duramadre, con lo que queda al descubierto la parte correspondiente del lóbulo temporal. Desplazado éste hacia arriba, se penetra en profundidad descubriendo la fosa media, al fondo de la cual, unos 7 centímetros, se visualiza el reborde del tentorio y el pedúnculo cerebral. Casi paralelo al reborde del tentorio, y por delante del pedúnculo, está el IV par craneal. En la parte más anterior, el grueso tronco del III par, y en el ángulo posterior, la arteria cerebelosa superior. Cerca de ella, y perfectamente visible, el surco lateral del pedúnculo. Casi toda la zona expuesta del pedúnculo corresponde al pie del mismo, por donde discurre la vía piramidal. En él, tomando como referencia unos 2 centímetros por delante del surco lateral, y en una zona poco vascularizada, se penetra con el bisturí unos 6-7 milímetros de profundidad y se da un giro en abanico para que la punta del mismo salga a nivel del surco lateral. Con ello hacemos una sección triangular en superficie del pedúnculo, sin llegar por detrás a la sustancia nigra y respetando el tercio anterior del pie del pedúnculo. Así se seccionan las fibras córtico-espinales y córtico-bulbares, respetando las frontopontinas. Se repone el lóbulo temporal y cierre de dura, músculo y piel. La intervención es poco traumática y el sitio de incisión del pedúnculo poco sanguinosa.

Con esta técnica, en el caso publicado por WALKER, obtuvo una desaparición de los movimientos involuntarios, que persistía al año de la operación; inmediatamente a la operación se presentó una parálisis de las extremidades contralaterales y abolición del reflejo plantar. Al año de observación la recuperación motora era

muy considerable, había cierta hipotonía con hiperreflexia y el reflejo plantar se obtenía en flexión.

DAVID, HÉCAEN y TALAIRACH (1951), en una revisión de conjunto del tratamiento quirúrgico de las discinesias, citan otros tres o cuatro casos de piramidotomía peduncular con buenos resultados y recuperación motora subsiguiente.

Nosotros, en colaboración con el doctor OBRA-DOR, hemos tratado varios casos de coreo-atetosis con resección cortical y los resultados obtenidos fueron publicados por uno de nosotros en el año 1951 (REV. CLÍN. ESP., t. 40-230-1951).

Ultimamente hemos tratado una intensa discinesia coreo-atetósica con sección piramidal en el pedúnculo y hemos creído interesante hacer un estudio comparativo bajo el punto de vista fisiológico de los resultados obtenidos con la corticotomía y la pedunculotomía.

P. R. L., varón, de veinticinco años de edad. Nació a término, asfíctico, de parto prolongado y extracción manual. Se negó a tomar el pecho, por lo que se alimentó con lactancia artificial, desarrollándose bien. Al año de edad intentaron enseñarle a andar y fué cuando se dieron cuenta que tenía poca fuerza en las cuatro extremidades, especialmente en las derechas, por lo que no podía mantenerse en pie.

A los tres años de edad comenzaron a notarle que realizaba movimientos involuntarios con los miembros derechos y brazo izquierdo, menos intensos en éste, y que fueron progresando en intensidad hasta los cinco años, en que se estacionaron. Estos movimientos se desarrollaban en los miembros derechos en forma de rápidas sacudidas de flexión y extensión con torsión del miembro; en el brazo izquierdo estaban limitados a los dedos, que movía en forma atetoides. De los cinco a los doce años de edad, los movimientos involuntarios permanecieron estacionados, ganando en este tiempo lentamente fuerza, en especial en el lado izquierdo, pero sin poder mantenerse en pie. Desde entonces a la actualidad el trastorno hiperquinesico permanece estacionario, sin haber recuperado más fuerza en las extremidades. Los movimientos aumentan con las emociones y el menor estímulo desencadena una serie de movimientos grotescos en las extremidades derechas y dedos de la mano izquierda.

A los cinco años aprendió a leer y a los catorce a escribir con la mano izquierda. Sus extremidades derechas le son prácticamente inútiles.

A la exploración se observaba un sujeto asténico, en regular estado de nutrición, paladar en ojiva y dientes irregularmente implantados.

Psíquicamente está bastante conservado, aunque mantiene una actitud pueril. Realiza con lentitud, pero correctamente, las operaciones aritméticas elementales.

El cráneo es de configuración normal y no hay limitaciones a la movilización pasiva. Ligero predominio del facial inferior derecho. Hipoacusia aérea derecha con Weber a este lado. El resto de pares craneales, normales. En miembro superior izquierdo el tono es normal y la fuerza está conservada en todos los segmentos menos en la flexión de los dedos, cuyo movimiento le es imposible realizar. Los reflejos profundos son débiles en este lado. El miembro superior derecho lo mantiene en hiperextensión de brazo y antebrazo y hay una gran hipertonía imposible de vencer. Discreta atrofia global. Los movimientos voluntarios están reducidos a una ligera abducción, y adducción del brazo muy limitada, y una ligera flexión y extensión del antebrazo sobre el brazo. La mano está hiperflexionada por la muñeca sobre el antebrazo y los dedos en flexión por la articulación metacarpofalángica. La motilidad voluntaria está completamente abolida, y la hiperflexión palmar de la

muñeca es imposible de vencer pasivamente por retracción de los flexores. Los reflejos profundos no se obtienen.

Los miembros inferiores presentan ambos una hipertonia intensa de los adductores, que hacen que las rodillas se entrecrucen, recordando esta postura a los enfermos de Little. En el izquierdo hay una ligera hipertonia de extensores y más intensa de los flexores, por lo que el miembro está flexionado por la rodilla. La fuerza está conservada en todos los segmentos, y a pesar de la hipertonia los movimientos voluntarios son todos posibles, aunque no se logra una completa extensión. Los reflejos profundos están exaltados y el plantar en flexión plantar. En el miembro inferior derecho hay una atrofia global discreta, y aparte la gran hipertonia de los adductores, la tiene también para los flexores y extensores, aunque menos marcada que la extremidad homóloga superior. Los movimientos pasivos de

mente; el brazo se balancea hacia delante y atrás, en esta actitud; la cabeza se desvía lentamente y como oscilando hacia un lado u otro, más frecuentemente a la derecha, con retroflexión de la columna cervical. Los músculos paravertebrales derechos se contraen lentamente, adoptando el enfermo una actitud en opistotonos, y la pierna derecha la flexiona y extiende en movimientos poco amplios, haciendo lo mismo con los dedos del pie derecho. Algunas veces llega a contraerse también el facial derecho. Todos estos movimientos se presentan bruscamente, pero su desarrollo es lento, cambiante, con cierto carácter reptante como en la atetosis. En el lado izquierdo están limitados a los dedos de la mano, que mueve en forma atetósica.

Los estudios complementarios de laboratorio (sangre, orina, etc.) son normales.

Ante este cuadro tan intenso de coreo-atetosis de miembros derechos, pensando que una corticotomía de-

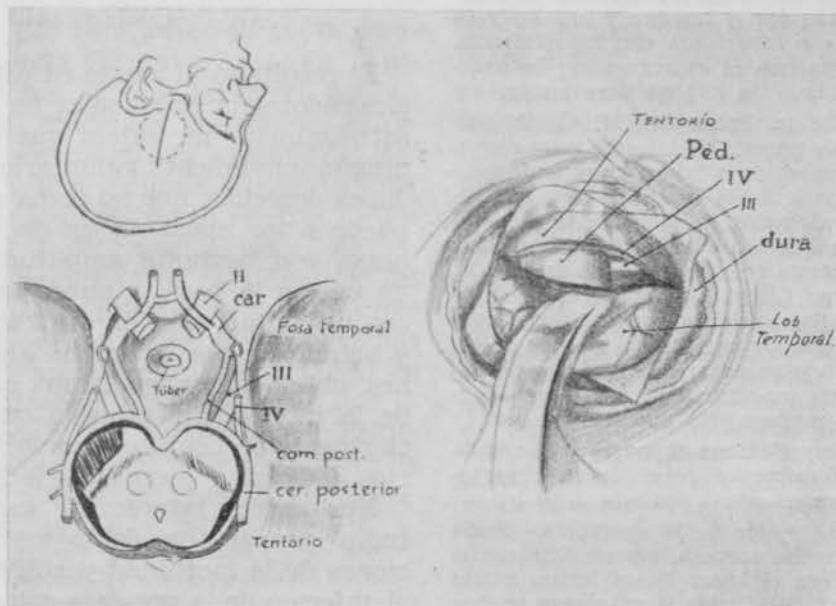


Fig. 1.—Esquemas de la operación de piramidotomía peduncular practicada en nuestro enfermo con la técnica de Walker. Se ha señalado la incisión y extensión de la craniectomía, un esquema del pedúnculo a su paso por la hendidura tentorial con los vasos del polígono de Willis (car. carótida, cerebral posterior, comunicante posterior), pares craneales (II, III y IV), incisión en el pie del pedúnculo izquierdo (zona rayada) en una extensión de 2 cm. de longitud y 6 mm. de profundidad y un diagrama del campo operatorio que se obtiene al rechazar el lóbulo temporal para exponer la región tentorial.

la articulación de la rodilla están limitados por anquilosis postural de la misma, que está fijada en flexión, en un ángulo de unos 100°. Los movimientos voluntarios están limitados a los de rotación del miembro por la articulación coxofemoral, que puede realizar en toda su amplitud; muy discretos de flexión y extensión de la pierna; el pie y dedos no puede moverlos voluntariamente. Los reflejos profundos no se obtienen, así como tampoco el plantar. En todos los miembros la hipertonia es de tipo plástico. Las sensibilidades están bien en todas sus formas.

En reposo, mantiene el brazo derecho en hiperextensión con flexión de los dedos sobre la palma de la mano y ésta sobre el antebrazo. Las piernas, en flexión con las rodillas, pegadas una con la otra. Es incapaz de mantenerse en pie, y ayudado realiza con gran dificultad movimientos de marcha con la pierna izquierda, friccionalmente entonces fuertemente uno contra el otro los muslos y las rodillas. El pie derecho lo apoya en el suelo por la punta solamente y el izquierdo se entre-cruza y choca con la pierna derecha, lo que hace que ni ayudado la marcha sea posible.

Movimientos involuntarios: Cuando se estimula al enfermo, o se le hace fijar la atención en algo, el miembro superior derecho se torsiona fuertemente hacia atrás; hiperextiende los dedos, que se curvan dorsal-

mente; el brazo se balancea hacia delante y atrás, en esta actitud; la cabeza se desvía lentamente y como oscilando hacia un lado u otro, más frecuentemente a la derecha, con retroflexión de la columna cervical. Los músculos paravertebrales derechos se contraen lentamente, adoptando el enfermo una actitud en opistotonos, y la pierna derecha la flexiona y extiende en movimientos poco amplios, haciendo lo mismo con los dedos del pie derecho. Algunas veces llega a contraerse también el facial derecho. Todos estos movimientos se presentan bruscamente, pero su desarrollo es lento, cambiante, con cierto carácter reptante como en la atetosis. En el lado izquierdo están limitados a los dedos de la mano, que mueve en forma atetósica.

bería hacerse muy extensamente en el hemisferio izquierdo, y temiendo la instauración por ello de trastornos afásicos marcados, se decidió practicar una piramidotomía en el pedúnculo cerebral izquierdo, que fué realizada el 27 de mayo de 1952 por los doctores OBRADOR ALCALDE y GONZÁLEZ MARISCAL, siguiendo la técnica de Walker más arriba descrita (fig. 1), siendo ésta perfectamente tolerada.

#### Curso postoperatorio.

En las exploraciones realizadas a las veinticuatro horas se observa:

Afectación parcial del III par craneal izquierdo (midriasis, limitación de los movimientos oculares y ptosis del párpado superior). Paresia intensa del facial superior derecho. Hemiplegia derecha completa, atónica y arreflexica. El signo de Babinski es positivo en el lado derecho con triple retirada. Los movimientos involuntarios han desaparecido.

Segundo día.—Persiste la afectación de M. O. C. izquierdo y la parálisis del facial inferior derecho. En el brazo de ese lado no hay movimientos voluntarios ni involuntarios. Hipotonia, apreciándose sin embargo un ligero tono en los extensores. Reflejos bicipital y estílorradial presentes. Tricipital, no se obtiene. No hay

signos de Hoffmann ni Trömmel. En miembro inferior ha aparecido un ligero movimiento voluntario de flexión y extensión. No hay hipercinesias. Persiste el Babinski. No hay afasia. Ningún trastorno sensorial.

Tercer dia.—Continúa en igual forma la paresia del M. O. C. y del facial inferior. Ligera hipertonia de flexores en brazo. Aparece el reflejo tricipital. El bicipital y estilarradial, vivos. Se inicia el reflejo flexor de dedos. En la pierna hay una rápida recuperación motora realizando con amplitud (limitada por la anquilosis parcial de la rodilla) movimientos de flexión y extensión; aducción y abducción. Parálisis del pie. Babinski. No hay movimientos involuntarios.

Quinto dia.—Disminuye la paresia del M. O. C. y del facial inferior. En la extremidad superior no hay cambios. En la inferior persiste la recuperación motora. Patalear vivo. Babinski, inconstante.

Séptimo dia.—No hay cambios.

Noveno dia.—Aparece un ligero movimiento voluntario de elevación del brazo por el hombro y una discreta flexión del codo. Discreta hipertonia con hiperreflexia. La recuperación de la pierna es espectacular: se mantiene solo de pie y ayudado da el paso para andar.

A los once días.—De la lesión del M. O. C. sólo queda una midriasis. La paresia facial está muy disminuida. La extremidad superior recupera muy lentamente. Aumenta la hipertonia. Anda bastante bien, dificultado por la posición en flexión de las piernas y la hipertonia de adductores, que no se ha modificado mucho.

A los treinta días.—Anda solo, apoyado en un bastón, con una marcha de tipo Little. Con el miembro superior derecho puede realizar voluntariamente una elevación mediana por el hombro y una flexión de más de 45° por el codo. Hipertonia de extensores en brazo y de flexores en antebrazo, que mantienen la mano en hiperflexión palmar por la muñeca. No mueve la mano.

En el M. I., extiende y flexiona el muslo y la rodilla con bastante fuerza. No mueve el pie ni dedos. Hipertonia. Babinski, inconstante.

Dos meses y medio después de la operación.—Anda solo sin bastón, con mucha torpeza, sin modificarse el tipo de la marcha. Eleva el brazo hasta la horizontal por el hombro. Flexiona y extiende el antebrazo y abre y cierra la mano (este movimiento, muy torpe por la flexión forzada de la muñeca) y flexiona los dedos con más facilidad que los extiende.

El tono persiste aumentado. Reflejos, vivos. Hoffmann y Trömmel.

En la pierna ha aparecido un movimiento de flexión dorsal del pie.

No hay movimientos involuntarios en todo el hemi-cuerpo derecho.

Cinco meses después de la operación.—Eleva el brazo por encima de la cabeza. Flexiona el antebrazo, llegándose con la mano hasta la boca. Abre y cierra los dedos, y colocándole un vaso en la mano lo sostiene para beber. Los movimientos de los dedos están limitados por la retracción de los flexores que presentaba antes de la operación, y si pasivamente y con gran dificultad se le extiende la mano, tiene dolor en cara anterior de antebrazo y los dedos se flexionan siéndole entonces imposible extenderlos. En la pierna los movimientos se han hecho seguros y mucho más firmes, por lo que puede andar solo, sin apoyo, un trecho bastante largo.

Persiste la abolición absoluta de los movimientos involuntarios en el lado derecho.

#### COMENTARIO.

El resultado obtenido en este enfermo con la piramidotomía peduncular ha sido francamente satisfactorio; un sujeto que no podía realizar ningún movimiento voluntario con sus extremidades derechas, que no podía andar ni ayudado, puede a los cinco meses de operado mover el brazo con bastante amplitud, incluso llevarse un vaso a la boca, y puede andar solo, aunque con dificultad, por las contracturas musculares y anquilosis posturales de algunas articulaciones, obteniendo además una completa regresión de la intensa hipercinesia que mantenía anteriormente en continuos movimientos involuntarios al brazo y pierna del lado derecho.

Nos parece interesante hacer ahora un estudio comparativo de la marcha de recuperaciones de la motilidad y actividad refleja entre el enfermo de la presente comunicación y la del caso de corticotomía publicado por nosotros en el año 1951, y nos parece que para evitar repeticiones engorrosas el medio más claro es reunirlas en el siguiente cuadro:

Enfermedad	Operación	Resultado inmediato	Tono	Recuperación de reflejos	Motilidad
Coreo - atetosis brazo y pie derechos.	Corticotomía premotora izquierda.	Cese de los movimientos involuntarios. Hemiplejia y afasia (éstacede a los seis días).	Hipotonía durante los once primeros días. Se hace hipertónica a los diecisiete días.	1.º Tricipital, a los nueve días. 2.º Bicipital, a los once días. Patológicos: Babinski, desde el primer día, que persiste a los treinta y tres días. Hoffmann y Trömmel, a los once días.	Comienza por E. I. el tercer dia. Movimiento de elevación del brazo por hombro a los quince días. A los diez meses, recuperación completa. Ha tenido una crisis jacksoniana. Medicación anticonvulsivante.
Coreo - atetosis cara, brazo, tronco y pierna derechos. Dedos mano izquierda.	Piramidotomía pedunculo cerebral izquierdo (2/3 pie del pedúnculo).	Cese movimientos derechos y hemiplejia de este lado. Paresia M. O. C. izquierdo, que cede casi totalmente el once dia.	Aparece el tono en brazo al segundo dia y tiende a la hipertonia en los siguientes.	Aparecen el tricipital, bicipital y estilarradial el tercer dia. Patológicos: Babinski inmediato a la operación, que se hace inconstante el quinto dia. Hoffmann y Trömmel, el tercer dia.	Comienza la recuperación motora por E. I. el segundo dia. A los cinco meses levanta el brazo, lo flexiona, abre y cierra la mano. Anda solo, sin ayuda.

El apartado más interesante en estos dos enfermos nos parece el punto de vista de su recuperación motora. A los dos se les ha practicado lesiones quirúrgicas a distintos niveles del sistema piramidal y sin embargo su motilidad voluntaria no sólo no se ha afectado, sino que pasado un tiempo de la intervención es incomparablemente mejor que antes, resultado paradójico al que se debería obtener dado el concepto intrínseco que se daba al sistema piramidal en lo que a la motilidad voluntaria se refiere. Estos resultados, cuyo problema trata ampliamente BARRAQUER BORDÁS en su reciente monografía sobre Patología del sistema piramidal, que están de acuerdo con los conceptos de otros autores que se han ocupado del mismo asunto y citados por este autor (WELCH, PENFIELD, LASSEK, BARCIA GOYANES, WALKER, WHITE, WALSHE, etc.) nos parecen un hecho más en favor de la actual tendencia a extender la representación motora voluntaria además del sistema piramidal, y nos inclinan a admitir una representación más global en el control de los movimientos, cuyos orígenes y vías forzosamente tienen que seguir otros caminos que los de la vía piramidal. En relación con una posible representación sensorio-motora, el problema nos parece demasiado amplio para ser tratado en esta breve comunicación, y sin teorizar nos limitamos a exponer estos hechos que consideramos un dato más para ayudar a resolver la incógnita de la representación central de la motilidad voluntaria.

## RESUMEN.

Se presenta un caso de coreo-atetosis de miembros derechos y mano izquierda tratado quirúrgicamente por sección del haz piramidal en el pie del pedúnculo cerebral izquierdo, obteniendo con ello un cese absoluto de la hiperkinésia mantenida cinco meses después de la intervención.

Se estudia la recuperación motora voluntaria y se compara con otro caso de coreo-atetosis, tratado también quirúrgicamente, con resección cortical del área motora y premotora.

Se hace una breve crítica, dada la gran recuperación de la motilidad voluntaria en los dos casos, de la verdadera representación que pueda tener el sistema piramidal en el control de los movimientos voluntarios.

## BIBLIOGRAFIA

- BARRAQUER BORDÁS, L.—Patología general del sistema piramidal. J. Janés, 1952.  
 BOTXADOS, J. R.—Rev. Clín. Esp., 40, 228, 1951.  
 BROWDER, J.—Am. Jour. of Surg., 75, 264, 1948.  
 CANNON, B. W., MAGOUN, H. W. y WINDEL, W. F.—J. Neurophysiol., 7, 425, 1944.  
 DAVID, M., HECAEN, H. y TALAIRACH, J.—Rev. Neurol., 86, 611, 1952.  
 FENÉLON, F.—Rev. Neurol., 83, 457, 1950.  
 FENÉLON, F. y THIEBAUT, F.—Rev. Neurol., 83, 280, 1950.  
 WALKER, A. E.—Acta Psychiatr et Neurol., 24, 733, 1949.  
 KLEMMER, R. M.—Arch. Neurol. and Psych., 44, 1926, 1940.

## TROMBOSIS DE LOS VASOS MESENTERICOS

*Presentación de dos casos.*

M. DE ALDA CALLEJA.

Por ser afección poco frecuente, muy grave, y ofrecer dificultades su diagnóstico, nos parece útil presentar casos de este tipo analizando sus peculiaridades.

Hemos visto dos casos que han sido diagnosticados de trombosis mesentérica, sin que podamos precisar si el trombo se organizó en las arterias, en las venas o en cuál de éstas. Ya, de por sí, el diagnóstico en estos términos es bastante arduo; creemos que el diagnóstico de localización exacta es patrimonio del cirujano en la mesa de operaciones, o bien del anatomo-patólogo en su caso. En este sentido, el clínico sólo puede hacer conjeturas más o menos verosímiles.

Las historias, resumidas, son las siguientes:

J. Z. A. de sesenta y cinco años, natural de Cartagena; reside en la Línea de la Concepción; casada.

Vemos por primera vez a esta enferma el 16 de marzo de 1946 con motivo de unas molestias de estómago que padece desde hace diez años; estas molestias eran de tipo periódico y cíclico; al principio fueron poco intensas, pero gradualmente se hicieron más fuertes, en el transcurso de estos años, hasta obligarla a consultar; se aliviaba, algunas veces, con alcalinos o con la comida; otras veces, no. No tenía "acideces" ni ardores de estómago. Buen apetito. Deposiciones normales.

Se queja de cefaleas frecuentes, mareos, ruidos de oídos, sensación de dedo muerto, calambres en las piernas, hormigueos en los brazos, disnea de esfuerzo y palpitations. Ligeros edemas por las tardes en los tobillos. De vez en cuando, escalofríos. No se encuentra bien. Dolores erráticos en la espalda, región precordial y en ambas regiones infraclavículares, unas veces en un sitio y otras en otro.

Antecedentes: Siempre ha estado buena, es la primera vez que consulta con un médico.

Ha tenido tres hijos, le viven y están sanos. No abortos. Menopausia a los cuarenta y dos años.

Exploración: Es una mujer de tipo pícnico, obesa, preferentemente en región glútea y abdominal. Buena coloración de piel y ligera palidez de mucosas. Ochenta pulsaciones rítmicas. Temperatura, 36,5 (ella cree que algunos días le da fiebre). Tensión arterial: 17 máxima y 10 mínima. Auscultación: De pulmón, inspiración y espiración, sin ruidos anormales; de corazón, refuerzo del segundo tono aórtico; los tonos de los demás focos cardíacos, normales. En exploraciones sucesivas registramos un soplo sistólico aórtico. El latido de la aorta es visible y fácilmente palpable en fosa supraesternal.

Al palpar abdomen nos encontramos con un hígado ligeramente aumentado de tamaño y doloroso a la presión.

Anotamos la presencia de varices en ambas piernas.

En la exploración del sistema nervioso y demás órganos y aparatos no encontramos nada digno de mención.

Reacciones de Kahn, Meinicke, M. K. R. II y Citochol, negativas.

Orina: Densidad, 1.015; reacción ácida, albúmina, glucosa y acetona, negativas. Sedimento: Pocitos en discreta cantidad; células epiteliales de vías bajas y altas; fosfato tricálcico amorfos.

En radiosкопia observamos: Campos pulmonares, normales, así como hilos y contorno pleural; aorta, muy